



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA:**

**INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS E ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM**

**SELF-ESTEEM PROMOTION:**

**NURSING AUTONOMOUS AND SPECIALIZED INTERVENTIONS**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por

Inês da Cunha Baetas Robalo Nunes

Lisboa, 2018





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  

---

LISBOA-PORTO

**PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA:**

**INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS E ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM**

**SELF-ESTEEM PROMOTION:**

**NURSING AUTONOMOUS AND SPECIALIZED INTERVENTIONS**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por

Inês da Cunha Baetas Robalo Nunes

Sob a orientação do Professor Doutor Paulo Seabra

Lisboa, 2018





## **AGRADECIMENTOS**

**Ao Gonçalo,**

Meu amigo e companheiro do coração, sempre presente, mesmo quando milhares de quilómetros nos separam.

**Aos meus Pais,**

Porque a eles devo as maiores aprendizagens da minha vida.

**Aos meus avós Júlia e António,**

Porque foi de umas saudades difíceis de conter que nasceu o desejo de iniciar este projeto.

**À Patrícia,**

Pela amizade que não sei descrever. Pelas ansiedades e pelos sucessos que fomos e vamos partilhando a cada dia que enfrentamos juntas.

**À minha Zoey,**

Pelas horas que não passeámos nem brincámos para que eu pudesse chegar aqui.

**Ao pequeno “feijão”,**

Que já crescia dentro de mim e me encheu cada dia de esperança no que está por vir.

**Ao Professor Doutor Paulo Seabra,**

Por me ter ajudado a ser e a dar o melhor de mim. Por ser, no presente, um exemplo que guardo para o futuro.

**Aos Enfermeiros que me orientaram e às Equipas que me acolheram,**

Por me terem aberto as portas dos seus serviços de braços abertos. Por me terem ajudado a tornar-me numa enfermeira melhor.

**Às pessoas de quem cuidei,**

Que tanto me ensinaram quando eu mais precisava de (começar) a aprender.



*“Of all the judgments we pass in life,  
none is as important as the one we pass on ourselves.”*

Nathaniel Branden, 1995



## **RESUMO**

A autoestima é a componente emocional do autoconceito: transcende o que pensamos ser e corresponde a uma atribuição de valor a esse julgamento que fazemos de nós próprios. O desenvolvimento da autoestima tem início na infância, mas influencia amplamente as relações estabelecidas ao longo da vida, bem como a capacidade de enfrentar e resolver problemas. A autoestima constitui um foco de atenção relevante no domínio da Enfermagem.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica têm um papel importante no cuidado à pessoa com autoestima diminuída, tendo à sua disposição várias intervenções autónomas e especializadas. A revisão da literatura mais recente informa-nos que estas incluem a relação de ajuda, as intervenções de âmbito cognitivo-comportamental, a psicoeducação, as terapias expressivas, a terapia da reminiscência, entre outras.

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa e reporta-se à unidade curricular Estágio, em articulação com os objetivos da unidade curricular Relatório. A unidade curricular Estágio, tendo como fio condutor um projeto centrado na temática da autoestima, foi realizada em três módulos sequenciais. O Módulo 1, no âmbito da promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção, foi realizado num hospital de dia de Psiquiatria; o Módulo 2, para o desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos, numa unidade de internamento de Psiquiatria; e o Módulo 3, de carácter opcional, foi realizado numa unidade de assistência domiciliária em Cuidados Paliativos. É objetivo deste relatório, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, analisar o percurso realizado, fundamentando as intervenções promotoras de autoestima mobilizadas e explorando as competências desenvolvidas.

Através do Estágio tive a oportunidade de desenvolver competências complexas mas essenciais ao cuidado de enfermagem autónomo e especializado no domínio da saúde e da doença mental, incluindo o aprofundamento do autoconhecimento, a ampliação da capacidade reflexiva, a aquisição de competências para a intervenção na otimização e recuperação da saúde mental e o desenvolvimento de competências para a mobilização de intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

**Palavras-chave:** Autoestima; Saúde Mental; Intervenções; Competências; Enfermagem.



## **ABSTRACT**

Self-esteem is the emotional component of self-concept: it transcends what we think we are and corresponds to an assignment of value to that judgment we make of ourselves. The development of self-esteem begins in childhood but influences relationships through all lifespan, as well as the ability to cope and solve problems. Self-esteem is an important focus of attention for Nursing.

Nurses with a specialty degree in Mental Health and Psychiatric Nursing have an important role in caring for people with diminished self-esteem, having at their disposal several autonomous and specialized interventions. The most recent literature review informs that these include cognitive-behavioural interventions, aid relationship, psychoeducation, expressive therapies, and reminiscence therapy, among others.

This report was prepared within the scope of the Master's Degree in Nursing with specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing, at the Universidade Católica Portuguesa. The mandatory internship was carried out in three sequential modules, based on a project focused on self-esteem as a guideline throughout all the process. Module 1 - Promoting healthy lifestyles, diagnosis and prevention, was carried out in a Psychiatry Day-Hospital; Module 2 - Development of competencies in intervention units for adults in crisis, was done in a Psychiatry inpatient unit; and Module 3, optional, was performed in a Palliative home care unit. Through a descriptive and reflexive methodology, the objective of this report is to analyse the course carried out, supporting the self-esteem-promoting interventions mobilized and exploring the developed skills.

Through the internship I had the opportunity to develop complex but critical competences for autonomous and specialized nursing care in mental health. Those included deepening self-knowledge, expanding my reflective capacity, acquiring skills for intervention for optimization and recovery of mental health and competences for the mobilization of psychotherapeutic, sociotherapeutic, psychosocial and psychoeducational interventions.

**Keywords:** Self-esteem; Mental health; Interventions; Skills; Nursing.





## **LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS**

AO – Assistente Operacional

APA - American Psychological Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGES – Direção-Geral do Ensino Superior

EBSCO - EBSCOHost Online Research Databases

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EUA – Estados Unidos da América

HDP – Hospital de Dia de Psiquiatria

NIC - Classificação de Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação de Resultados de Enfermagem

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

TO – Terapeuta Ocupacional

UCP – Universidade Católica Portuguesa



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1.1. A AUTOESTIMA.....	23
1.1.1. A Autoestima enquanto foco de Enfermagem.....	25
1.1.2. Intervenções de Enfermagem promotoras de Autoestima – Revisão Sistemática da Literatura.....	25
1.2. O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN .....	32
2. O PERCURSO DE ESTÁGIO.....	35
2.1. MÓDULO 2 - Desenvolvimento de Competências em Unidades de Intervenção na Crise do Adulto .....	36
2.1.1. O Contexto.....	36
2.1.2. Atividades realizadas e competências desenvolvidas.....	38
2.2. MÓDULO 1 – Promoção de Estilos de Vida, Diagnóstico e Prevenção.....	47
2.2.1. O Contexto.....	48
2.2.2. Atividades realizadas e competências desenvolvidas.....	50
2.3. MÓDULO 3 – Opcional .....	62
2.3.1. O Contexto.....	63
2.3.2. Atividades realizadas e competências desenvolvidas.....	64
3. AVALIAÇÃO CRÍTICA DO PERCURSO DE ESTÁGIO .....	71
3.1. Autoconhecimento e Capacidade Reflexiva .....	71
3.2. Intervenção na Otimização e na Recuperação da Saúde Mental .....	72
3.3. Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico, Socioterapêutico, Psicossocial e Psicoeducacional, para Manter, Melhorar e Recuperar a Saúde.....	74

4. CONCLUSÃO .....	77
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

APÊNDICES .....	91
-----------------	----

APÊNDICE 1 - PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS .....	93
--	----

APÊNDICE 2 - MÓDULO 2 – REFLEXÃO SOBRE AS SESSÕES CLÍNICAS.....	97
---	----

APÊNDICE 3 - MÓDULO 2 – REFLEXÃO SOBRE A REUNIÃO DE EQUIPA MULTIDISCIPLINAR.....	101
---	-----

APÊNDICE 4 - MÓDULO 2 – EXCERTOS DOS DIÁRIOS DE ESTÁGIO .....	105
---	-----

APÊNDICE 5 - MÓDULO 2 – ESTUDO DE CASO.....	117
---	-----

APÊNDICE 6 - MÓDULO 2 – PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO GRUPAL .	149
---	-----

APÊNDICE 7 - MÓDULO 2 – AS NOSSAS QUALIDADES .....	169
--	-----

APÊNDICE 8 - MÓDULO 1 – EXCERTOS DOS DIÁRIOS DE ESTÁGIO .....	173
---	-----

APÊNDICE 9 - MÓDULO 1 – ESTUDO DE CASO DE GRUPO.....	191
--	-----

APÊNDICE 10 - MÓDULO 1 – INTERVENÇÃO COM O GRUPO DE PSICOGERIATRIA .....	241
---	-----

APÊNDICE 11 - APRESENTAÇÃO DA COMUNICAÇÃO LIVRE NO VIII CONGRESSO DA ASPESM.....	259
---	-----

APÊNDICE 12 - MÓDULO 3 – EXCERTOS DOS DIÁRIOS DE ESTÁGIO .....	271
--	-----

APÊNDICE 13 - REFLEXÃO SOBRE A EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS .....	283
--	-----

APÊNDICE 14 - MÓDULO 3 – ESTUDO DE CASO.....	289
--	-----

APÊNDICE 15 - APRESENTAÇÃO “A TERAPIA DA REMINISCÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS” .....	321
---	-----

APÊNDICE 16 - POSTER CIENTÍFICO APRESENTADO NO 11TH ICBG .....	335
--	-----

ANEXOS.....	339
-------------	-----

ANEXO 1 - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	341
--	-----

ANEXO 2 - MÓDULO 2 - PLANO SEMANAL DE INTERVENÇÃO.....	345
--	-----

ANEXO 3 - CERTIFICADO DAS JORNADAS DE NEUROCIÊNCIAS .....	349
ANEXO 4 - CERTIFICADO DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	353
ANEXO 5 - CERTIFICADO DO WORKSHOP “ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM NA ANSIEDADE E DEPRESSÃO” .....	357
ANEXO 6 - CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO LIVRE ..... SOBRE TERAPIA DA REMINISCÊNCIA .....	361
ANEXO 7 - CUIDADOS PALIATIVOS – POSTAL DE ANIVERSÁRIO .....	365
ANEXO 8 - CERTIFICADOS DOS CONGRESSO NA ÁREA DO LUTO.....	369
ANEXO 9 - CERTIFICADO DA PARTICIPAÇÃO NO 11TH ICBG COM POSTER CIENTÍFICO .....	373



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Revisão da Literatura - Critérios de Inclusão e exclusão .....	27
<b>Tabela 2</b> - Revisão da Literatura – Síntese dos Resultados. ....	27
<b>Tabela 3</b> - Síntese das reflexões realizadas no Módulo 2 .....	40
<b>Tabela 4</b> - Síntese da Intervenção Individual no Módulo 2.....	44
<b>Tabela 5</b> - Síntese das reflexões realizadas no Módulo 1 .....	53
<b>Tabela 6</b> - Síntese da Intervenção Grupal no Módulo 1 .....	59





## INTRODUÇÃO

O presente documento constitui uma descrição e análise crítica do percurso que desenvolveu ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), em particular, durante a unidade curricular Estágio.

No quadro legal português, e de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2011), artigo 4º, estes enfermeiros detêm necessariamente um conjunto de competências que podem ser agrupadas em quatro grandes grupos: autoconhecimento e capacidade reflexiva; intervenção na otimização da saúde mental; intervenção na recuperação da saúde mental e intervenção de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, para manter, melhorar e recuperar a saúde.

Estas competências específicas permitem que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) cuide das pessoas, famílias e comunidades, ao longo de todo o ciclo vital, mobilizando-se simultaneamente a si próprio e a um conjunto de competências de intervenção como instrumentos terapêuticos centrais na sua ação (Diário da República, 2ª série, nº 35, 2011).

Para a aquisição e desenvolvimento destas competências, o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa determina que os seus estudantes realizem uma unidade curricular denominada Estágio, com um total de 540 horas de contacto. Esta unidade divide-se em três módulos distintos mas complementares (Módulo 1 - Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção; Módulo 2 - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos; Módulo 3 – Temática opcional), abrangendo uma grande diversidade de contextos de intervenção, que serão especificados e abordados em detalhe ao longo presente relatório. Estes incluíram, respetivamente, um hospital de dia de Psiquiatria,

uma unidade de internamento de adultos de um serviço de Psiquiatria e Saúde Mental e uma equipa de apoio domiciliário de Cuidados Paliativos.

Em termos metodológicos, é da concretização da unidade curricular Estágio, da sua análise crítica e da sua fundamentação em procedimentos de revisão da literatura para a determinação da mais recente e relevante evidência científica, que resulta a construção deste Relatório de Estágio. Os seus objetivos são: 1) Constituir um registo sistematizado do percurso formativo, incluindo a descrição e análise dos vários contextos onde o mesmo foi realizado, as atividades desenvolvidas e as intervenções implementadas; 2) Demonstrar a aquisição e integração de conhecimentos fundamentados em procedimentos de pesquisa, seleção e análise da evidência disponível – com a elaboração de uma revisão sistemática da literatura – e a sua mobilização prática para a intervenção em situações e contextos distintos; 3) Analisar e discutir de forma crítica e reflexiva o percurso desenvolvido, tendo em conta as competências preconizadas para o EEESMP.

No que respeita à estrutura do presente documento, apresenta-se primeiramente um capítulo inicial de revisão da literatura, constituído por um referencial teórico centrado na Autoestima, pela sua centralidade enquanto foco de Enfermagem trabalhado ao longo de todo o percurso. Esta revisão da literatura constitui um elemento central para a compreensão dos objetivos definidos para cada módulo do Estágio e para as estratégias dirigidas à consecução dos mesmos, definidas e implementadas junto dos clientes. Em seguida, fundamenta-se a mobilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman enquanto referencial teórico de Enfermagem transversal a todo o percurso, apelando à riqueza da visão sistémica na abordagem à pessoa com necessidade de cuidados dirigidos à saúde e doença mental. No segundo capítulo apresenta-se em detalhe, de forma descritiva e analítica, o percurso de estágio, apresentando para cada um dos três módulos uma descrição do contexto e das atividades desenvolvidas, analisando as escolhas realizadas e os resultados obtidos com base na evidência disponível. No terceiro capítulo, discutem-se as competências desenvolvidas, tendo em conta o preconizado pela legislação portuguesa e pelo quadro de competências definidas pela UCP. Seguem-se as principais conclusões e as referências bibliográficas, de acordo com a norma da American Psychological Association (APA) – sexta edição. Por fim, apresentam-se sob a forma de apêndices e anexos, alguns documentos complementares mas que se consideram igualmente relevantes para a descrição e análise deste percurso. Pelo carácter íntimo de algumas das reflexões realizadas ao longo do mesmo, optou-se pela

inclusão de excertos das mesmas que se consideram adequados e suficientes para a demonstração do trabalho de autoanálise e reflexão pessoal desenvolvido.

Em síntese, o percurso de Estágio que descrevo e analiso criticamente ao longo deste relatório permitiu-me desenvolver competências complexas, essenciais à prática clínica dos EEESMP. Consolidei técnicas e procedimentos relativos à metodologia de investigação e mobilizei a evidência científica disponível para a seleção, planeamento, implementação e avaliação de diversas intervenções com o objetivo específico de promover a autoestima em pessoas e grupos com o diagnóstico de autoestima diminuída. Com esse propósito, foram implementadas várias intervenções, incluindo a psicoeducação, o treino de competências sociais, a terapia cognitivo-comportamental e a terapia da reminiscência, entre outras, que se apresentam ao longo deste relatório. De forma global, verificou-se a melhoria do diagnóstico, avaliada através da monitorização de manifestações clínicas tais como a verbalização de sentimentos positivos, o aumento da confiança em si e nas suas competências, a aceitação do elogio e da crítica e a capacidade de estabelecer metas realistas para o futuro.

Por fim, importa referir que este percurso, pela multiplicidade de experiências de contacto com realidades, clientes, enfermeiros e equipas multidisciplinares distintas, permitiu-me ainda desenvolver competências no domínio da reflexão, do autoconhecimento e da autoanálise, essenciais à prática de Enfermagem especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.



## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1. A AUTOESTIMA**

A seleção da autoestima enquanto tema transversal a ser desenvolvido ao longo de todo o percurso do Estágio teve por critério a identificação do seu valor nas minhas vivências pessoais e profissionais, aliado a um critério de reconhecimento da sua relevância enquanto foco de atenção para a ciência de Enfermagem.

A primeira definição de autoestima surgiu em 1892, com o filósofo e psicólogo William James. Para este, a autoestima era o resultado da maior ou menor concordância entre as expectativas que cada indivíduo tinha para si próprio, em áreas relevantes da sua vida, e as experiências de sucesso efetivamente alcançadas. A autoestima é parte de um conceito mais abrangente – o autoconceito – constituído pela tríade autoestima, identidade pessoal e imagem corporal, e refere-se ao grau de consideração que a pessoa tem por si própria, pelas suas decisões e capacidades (Townsend, 2011). A autoestima transcende os aspetos cognitivos, que definem as crenças que cada um tem sobre si próprio, e assume uma componente também emocional, já que constitui o julgamento que cada um faz de si próprio e do valor que se atribui (Rosenberg, 1965; Sequeira, 2006). Para Branden (1995), a autoestima é o resultado da soma entre a autoconfiança (sentimento de competência para compreender e encontrar respostas para os problemas) e o autorrespeito (sentimento de valor pessoal que permite a cada um legitimar e defender os seus interesses e necessidades).

Ao longo do tempo, várias teorias enraizadas na Psicologia foram propostas para explicar o desenvolvimento da autoestima. No entanto, apesar da sua diversidade, surge como transversal a premissa de que o seu desenvolvimento tem um início precoce na infância, prolongando-se por toda a vida do indivíduo (Townsend, 2011). Sabe-se ainda que a autoestima tende a aumentar ao longo da vida adulta, atingindo o seu pico máximo aos 50-60 anos de idade, altura a partir da qual se inicia o seu declínio (Orth et al., 2012).

Em todas as teorias surge também como premissa comum que as relações com os outros, desde as primeiras interações com as figuras parentais, têm uma relevância determinante na construção da autoestima. Para Erikson (1963), a autoestima desenvolve-se ao longo dos

vários estadios do desenvolvimento psicossocial, desde o nascimento até à morte, com a aquisição de competências adquiridas através da superação de tarefas fulcrais. Peplau (1990) realça que a construção da identidade é o resultado da interação com os adultos, com os papéis e comportamentos que os mesmos adotam e que influenciam o desenvolvimento da autoestima da criança, moldando a construção de representações tão importantes como o sentido de segurança, de valorização, de respeito e de amor. No entanto, Branden (1995) realça que não absorvemos a visão que os outros têm de nós de forma neutral, já que a autoestima é sempre uma experiência interna e íntima de cada um.

Para Maslow (1970), todas as necessidades humanas podem ser hierarquizadas, desde as necessidades fisiológicas mais básicas até à necessidade superior de autoatualização, que diz respeito aos sentimentos de autorrealização perante a vida, perante si próprio e perante as relações com os outros. A estima – de si e dos outros – antecede a necessidade de autoatualização, o que significa que o topo da pirâmide não é alcançável sem a satisfação desta necessidade (Townsend, 2011). Por outro lado, significa também que nenhum indivíduo pode satisfazer as suas necessidades de estima e autoestima se não tiver satisfeitas as necessidades de níveis prévios, como as necessidades fisiológicas, de segurança e proteção e de amor e pertença. Também estas estão intrinsecamente ligadas ao desenvolvimento psicossocial e aos pressupostos supracitados de Erikson e Peplau.

Dos vários instrumentos que permitem avaliar a autoestima destaca-se a Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). Trata-se de uma escala unidimensional, composta por 10 itens, cinco de orientação positiva e cinco de orientação negativa (de leitura reversa), avaliados com uma escala tipo Likert de quatro opções. A um maior *score* total corresponde um maior nível de autoestima. Para além da sua extensa utilização na investigação, pela elevada confiança na sua validade enquanto construto, reconhece-se igualmente a sua adequação e valor para a prática clínica (Lohan & King, 2016; Sampaio, 2010), já que permite caracterizar o grau em que a autoestima se encontra afetada – grau reduzido, moderado, elevado ou muito elevado – de acordo com o *score* final obtido (Sequeira, 2006). A Escala de Autoestima de Rosenberg encontra-se adaptada e validada para a população portuguesa por Santos e Maia (2003) e Pechorro, Marôco, Poiares e Vieira, (2011) (ANEXO 1).

### **1.1.1. A Autoestima enquanto Foco de Enfermagem**

A autoestima surge nos principais sistemas de classificação em Enfermagem – NANDA Internacional, Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – como um foco de atenção de Enfermagem. Existem vários diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem centrados na autoestima, fator que fundamenta a necessidade inequívoca de que os enfermeiros desenvolvam o seu juízo clínico e intervenham eficazmente na promoção de uma autoestima saudável.

Na CIPE, o diagnóstico de compromisso por défice de autoestima designa-se “Autoestima diminuída” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016). Para a NANDA, as opções diagnósticas correspondem a “Baixa autoestima situacional”, “Baixa autoestima crónica” e “Risco de baixa autoestima situacional” (NANDA International, 2015).

A baixa autoestima pode manifestar-se de várias formas, com impacto na saúde mental dos indivíduos. As suas manifestações incluem a autocritica, a falta de confiança, dependência dos outros, sentimentos de culpa e vergonha, manifestações somáticas, alterações dos relacionamentos interpessoais e tendência para a destrutibilidade em relação a si ou a terceiros, em casos de maior gravidade (NANDA International, 2015; Sequeira, 2006).

### **1.1.2. Intervenções de Enfermagem Promotoras de Autoestima – Revisão Sistemática da Literatura**

A intervenção de enfermagem na pessoa com baixa autoestima deve ter como objetivo a adequação da forma como cada indivíduo olha para si próprio e se valoriza em termos pessoais e interpessoais. Devem ser consideradas intervenções dirigidas especificamente à promoção da autoestima, mas também outras intervenções complementares com enfoque na melhoria do autoconhecimento, na reestruturação cognitiva e na criação de objetivos de vida realistas (Sequeira, 2006; Townsend, 2011).

Peplau (1990), na sua Teoria da Enfermagem Interpessoal, afirma que o desenvolvimento da autoestima depende dos mecanismos que cada um dispõe e vai construindo ao longo do ciclo de vida para enfrentar as várias tarefas inerentes a cada um dos quatro estadios sucessivos do desenvolvimento. Estes incluem a aquisição da capacidade de contar com os outros para a satisfação das necessidades, de adiar a satisfação, de se identificar a si próprio,

compreendendo as expetativas (suas e dos outros) e de participar em interações, adquirindo um sentimento de pertença ao grupo e ao mundo.

De particular relevância, pela sua especificidade, é também a Teoria do Cuidado Interpessoal, desenvolvida por Kim & Kim (2007). Esta foi construída a partir da teoria de Peplau e de investigação qualitativa e quantitativa realizada especificamente com pessoas com doença mental grave e prolongada e atribui um papel central à autoestima no processo de cuidar. De facto, a baixa autoestima é uma condição comum na pessoa com perturbação mental e a evidência científica sugere que as pessoas com estas perturbações apresentam níveis mais baixos de autoestima do que as pessoas sem doença (Guillon, Crocq, & Bailey, 2003). Silverstone & Salsali (2003) defendem ainda que a doença mental e o défice de autoestima apresentam um funcionamento em ciclo vicioso, já que a baixa autoestima aumenta a suscetibilidade à doença mental e a presença desta conduz a uma diminuição da autoestima. De acordo com a Teoria do Cuidado Interpessoal, o objetivo do cuidado é ajudar a pessoa na autovalorização, assumindo-a como base para a construção de uma autoestima positiva, essencial para a resolução de problemas na vida e para as relações interpessoais saudáveis. Os enfermeiros devem para isso recorrer, na relação terapêutica com os seus clientes, à partilha, à escuta ativa, à aceitação e à esperança, mas também ao elogio sincero como intervenção promotora do reconhecimento do valor próprio, da confiança em si e das capacidades para gerir desafios (Kim & Kim, 2007).

Townsend (2011) defende que os enfermeiros podem promover a autoestima através do estabelecimento de relações securizantes que permitam a expressão de emoções negativas e o reforço positivo dos sucessos, num clima de confiança, que possibilite a mudança. Também Phaneuf (2005) reforça a importância da relação de ajuda para aumentar o sentido de valor pessoal, através da escuta ativa, da disponibilidade autêntica, do respeito e da valorização. Chalifour (2009) acrescenta que a terapia de suporte constitui um recurso importante para os enfermeiros na promoção da autoestima dos seus clientes.

Os enfermeiros têm um papel de inequívoca importância junto das pessoas com autoestima diminuída (Sampaio, 2010). Tendo em conta a relevância da Autoestima enquanto foco de Enfermagem, importa questionar quais as intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducativo passíveis de serem mobilizadas pelos EEESMP no cuidado aos seus clientes.



## ▪ Metodologia

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, após a definição da questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem eficazes na promoção da autoestima da pessoa adulta?”, tendo em conta o referencial PICOS. Procedeu-se a uma pesquisa no motor de busca EBSCO em Junho de 2017 e utilizaram-se os seguintes termos de pesquisa, com recurso aos operadores booleanos: *Self-esteem AND Nursing intervention*. Excluíram-se os artigos relativos a estudos de investigação com crianças e adolescentes – (NOT) *children, child, youth, adolescent or teenager*. Aos artigos identificados foram aplicados vários critérios de inclusão e exclusão, apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1 - Revisão da Literatura - Critérios de Inclusão e exclusão**

<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos empíricos primários com qualquer tipo de metodologia;</li> <li>• Publicados em revista científica entre 2007 e 2017;</li> <li>• Disponíveis de forma gratuita;</li> <li>• Idioma: inglês, espanhol e português;</li> <li>• Texto completo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artigos de revisão integrativa ou sistemática da literatura;</li> <li>• Teses, dissertações, editoriais ou artigos de opinião;</li> <li>• Não responder à questão de investigação.</li> </ul>

O protocolo de seleção dos artigos pode ser consultado no APÊNDICE 1.

## ▪ Resultados

Da pesquisa realizada resultaram 6 artigos, cuja análise se apresenta em síntese na Tabela 2.

**Tabela 2- Revisão da Literatura – Síntese dos Resultados de acordo com o método PI(C)OS.**

<b>Autor País Ano</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Resultados</b>	<b>Tipo de estudo</b>
Seo, et al. Coreia do Sul 2007	66 Adultos com esquizofrenia internados num hospital psiquiátrico.	Os participantes foram divididos num grupo controlo (32) e num grupo experimental (34). O grupo experimental foi dividido em 4 subgrupos de 9-10 participantes. Cada subgrupo teve acesso a um programa de treino de	Após a intervenção, verificou-se um aumento estatisticamente significativo da autoestima, avaliada pela Escala de Autoestima de Rosenberg.	Quantitativo. Quasi-experimental.

		competências sociais, constituído por 16 sessões de 60 minutos, realizadas 2x/semana, ao longo de 8 semanas. A intervenção foi implementada por um enfermeiro com a colaboração de um assistente social.		
England, M. Canadá 2007	65 Adultos com os diagnósticos médicos de esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva, com alucinações auditivoverbais.	Os participantes foram divididos num grupo controlo (21) e num grupo experimental (44). Os participantes do grupo experimental tiveram acesso a 12 sessões individuais de intervenções cognitivas, implementadas por um enfermeiro. As sessões tinham a duração de 90 minutos e foram implementadas ao longo de 4 meses.	Foram realizadas avaliações dos efeitos da intervenção no nível de autoestima, em três momentos distintos: antes da intervenção, após 18 semanas e após 1 ano. Verificou-se um aumento moderado mas estatisticamente significativo do nível de autoestima nas duas avaliações pós-tumadas.	Quantitativo Estudo experimental controlado randomizado
Chang, et al. Taiwan 2010	101 Idosos a residentes em lares do sul do Taiwan.	Os participantes foram divididos num grupo controlo (46) e num grupo experimental (55). O grupo experimental teve acesso a intervenções de promoção do autocuidado e da autoeficácia, implementadas por enfermeiros com treino específico.	Foram realizadas avaliações dos efeitos da intervenção no nível de autoestima, avaliado pela Escala de Autoestima de Rosenberg, em 4 momentos distintos: antes da intervenção, após 6 semanas, após 3 meses e após 6 meses.	Quantitativo. Quasi-experimental .

			Verificou-se um aumento estatisticamente significativo da autoestima entre a avaliação pré e todas as avaliações póstumas. Verificou-se um pico nos níveis de autoestima na avaliação às 6 semanas após a intervenção.	
Dookie, A. Canadá 2013	10 Idosos residentes em lares, donos de pelo menos um animal de estimação	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a duração de 30 a 45 min. As questões englobavam-se em 5 áreas – características demográficas, interação informal com o animal, empowerment, autoestima (adaptando as questões da Escala de Autoestima de Rosenberg) e comunicação com os cuidadores.	Os participantes realçaram a importância do animal de estimação pela afinidade, companhia e responsabilidade pelo seu cuidado. Relativamente à autoestima, os participantes demonstraram níveis adequados de autoestima, com verbalização de sentimentos de competência, autoconfiança e desejo de viver.	Qualitativo
Ozkan, et al. 2014 Turquia	42 Mulheres adultas com cancro da mama, sob radioterapia	As participantes foram divididas num grupo controlo (20) e num grupo experimental (22). As participantes do grupo experimental receberam treino em competências para gestão da raiva (2 a 3	O nível de autoestima foi avaliado com a Escala de Autoestima de Rosenberg em três momentos: antes da intervenção, após o treino em	Quantitativo Estudo experimental controlado randomizado

		sessões com a duração de 30 minutos) durante o internamento e um follow-up psiquiátrico por via telefónica após a alta, com uma frequência semanal, durante 6 meses.	gestão da raiva e após o período de follow-up telefónico. Verificou-se que os participantes do grupo experimental apresentavam níveis de autoestima mais elevados do que os do grupo controlo, tanto após o treino como após o período de follow-up.	
Kunikata, et al. 2016 Japão	41 Adultos com doença mental a residir na comunidade	Implementado um programa estruturado de terapia cognitivo-comportamental para a recuperação da autoestima. O programa era constituído por 12 sessões, implementadas por dois enfermeiros em sessões quinzenais. Os grupos eram compostos por 5 a 6 participantes.	Verificou-se um aumento estatisticamente significativo da autoestima, avaliada pela Escala de Autoestima de Rosenberg, imediatamente após o fim da intervenção e numa avaliação após 3 meses.	Quantitativo Quasi-experimental

## ▪ Discussão e Conclusão

De acordo com os resultados obtidos através da revisão da literatura apresentada, identifica-se um conjunto de intervenções com efeitos comprovados na promoção da autoestima. Estas incluem o treino de competências sociais, a terapia cognitivo-comportamental, o treino de gestão da raiva e a promoção do autocuidado. Verificou-se ainda no estudo de Dookie (2013) que os idosos que tinham um animal de companhia apresentavam níveis de autoestima adequados e verbalizavam sentimentos de competência relacionados com a relação estabelecida e a responsabilidade pelo cuidado ao animal. No entanto, este trata-se do único

estudo qualitativo identificado, sem a utilização de um grupo controlo, o que limita a interpretação dos resultados obtidos.

Os efeitos das intervenções na autoestima dos participantes foram verificados, em cada um dos estudos, em populações específicas (pessoas com o diagnóstico médico de esquizofrenia, idosos residentes em instituições e mulheres com cancro da mama sob radioterapia) pelo que não é possível generalizar a sua eficiência noutras populações. Os ganhos obtidos foram avaliados em todos os estudo com recurso à Escala de Autoestima de Rosenberg. O aumento do *score* obtido nesta escala nos estudos de Seo, et al. (2007), England (2007), Chang, et al. (2010), Ozkan, et al. (2016) e Kunikata, et al. (2016), reflete a aquisição de competências avaliadas pelos itens que constituem o referido instrumento, incluindo a aceitação e satisfação consigo próprio, o reconhecimento de qualidades e competências pessoais e o respeito e valorização de si nas relações interpessoais.

Apesar de não reunirem critérios para a inclusão nesta revisão da literatura, emergiram ainda de uma pesquisa bibliográfica outras intervenções cuja eficiência na promoção da autoestima deve ser ponderada e aprofundada em processos de investigação futuros.

A atividade física surgiu num estudo desenvolvido com 60 pessoas com esquizofrenia, internadas numa instituição hospitalar na Índia, como uma estratégia redutora dos sintomas negativos da doença (Nath, Baruah, & Ahmed, 2015). A intervenção consistia num programa estruturado de atividade física ao longo de 4 semanas, 6 dias por semana, com a duração de 30 minutos. Os autores sugerem que a baixa autoestima se enquadra nestes sintomas e que, desta forma, a implementação do exercício físico enquanto intervenção terapêutica pode contribuir para a sua melhoria.

A escrita criativa, no contexto das terapias narrativas, emergiu num estudo de Wilson, Tetley, Healey & Wolton (2011) realizado com 8 idosas, como uma intervenção promotora da expressão de memórias, da clarificação de desejos e metas para o futuro e do autoconhecimento. Ainda que a investigação não tenha apurado os seus efeitos diretos sobre a autoestima das participantes, estes ganhos constituem componentes relevantes da autoestima, a serem abordados de forma privilegiada na implementação de qualquer intervenção promotora da mesma (Arrais, 2014).

A terapia da reminiscência surge igualmente na literatura como uma intervenção com efeitos positivos na autoestima, em particular da população idosa (Chiang, Lu, Chu, Chang, & Chou, 2008; Meléndez-Moral, Ruiz, Rodríguez, & Galán, 2013; Meléndez-Moral, Terrero, Galán,

& Rodríguez, 2015; Pishvaei, Moghanloo, & Moghanloo, 2015; Preschl, et al., 2012; Wu, 2011). No entanto, a sua eficiência encontra-se também já descrita num grupo de adultos jovens (Hallford & Mellor, 2016).

## **1.2. O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN**

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995) constitui o referencial teórico de Enfermagem que sustenta o presente relatório e fundamenta a visão sistémica dos clientes, inseridos nos seus contextos familiares e comunitários, acompanhados ao longo do percurso de Estágio.

O enquadramento sistémico deste modelo promove o entendimento da pessoa como um sistema dinâmico e multidimensional. Considera que, sendo ela própria um sistema, faz também parte de um sistema mais abrangente, composto por vários sistemas em interação, que se influenciam entre si numa lógica multidirecional. Esta visão complexa do cliente em interação com o que o rodeia implica o reconhecimento de que os vários *stressors* (fatores que provocam ou têm o potencial de provocar desequilíbrios no sistema), bem como os fatores de reconstituição (fatores de proteção do sistema), não estão necessariamente no ambiente intrapessoal, podendo estar igualmente nos ambientes interpessoal e extrapessoal. Neuman (1995) define os *stressors* do ambiente intrapessoal como aqueles que se referem à estrutura da pessoa, incluindo emoções, sentimentos, atitudes ou o grau de desenvolvimento pessoal. O ambiente interpessoal inclui os *stressors* que se manifestam no desempenho de papéis e na relação com os outros. O ambiente extrapessoal refere-se às forças externas que agem sobre o indivíduo, como as condições socioeconómicas, laborais ou habitacionais. Esta visão alargada daqueles de quem cuidamos no contexto da saúde mental fundamenta a relevância de considerarmos esta multiplicidade de ambientes como variáveis nas quais podemos e devemos intervir, com o objetivo de alcançar ou manter o equilíbrio e a estabilidade do sistema cliente.

Para Neuman (1995) a intervenção dos enfermeiros pode ser categorizada em três níveis de prevenção. A prevenção primária antecede a reação do sistema aos *stressors* reais ou potenciais e inclui a sua identificação e redução do risco associado aos mesmos. A prevenção secundária inclui a intervenção dirigida aos sintomas desencadeados após o contacto com os *stressors*, promovendo a sua eliminação ou o fortalecimento das linhas de resistência, mais próximas ao core, para prevenir ou limitar os seus efeitos no mesmo. Por fim, a prevenção

terciária é dirigida ao restabelecimento e manutenção do bem-estar e equilíbrio do sistema anteriormente afetado.

Ao longo do percurso de Estágio, o modelo de Sistemas de Betty Neuman foi mobilizado de forma sistemática, tanto nas entrevistas e outras interações com os clientes que acompanhei para a definição dos seus diagnósticos, como no estabelecimento conjunto de objetivos e na avaliação dos efeitos das intervenções aplicadas. São exemplo da aplicação formal deste modelo os vários Estudos de Caso realizados, abordados em seguida no capítulo relativo ao Percurso de Estágio.





## **2. O PERCURSO DE ESTÁGIO**

Neste capítulo descrevo e analiso o percurso de estágio realizado, tendo em conta os objetivos definidos, as competências e atividades desenvolvidas e a sua relação com a evidência científica disponível, apresentada no Capítulo 1 – Enquadramento Teórico.

A unidade curricular Estágio é constituída por três módulos, cada um com a duração de 180 horas de contacto. Os vários módulos foram desenvolvidos em contextos de intervenção em saúde e doença mental distintos, possibilitando o contacto com um leque abrangente de experiências de cuidado e as suas especificidades.

- Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção;
- Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto;
- Módulo III – Opcional, desenvolvido num contexto de intervenção escolhido por cada estudante.

A escolha dos locais de estágio dos Módulos I e II teve por base critérios como a dimensão e qualidade das instituições, tendo em conta a abrangência – em número e área geográfica - da população a que prestam cuidados no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria. Foi também considerada a facilidade logística de acesso a estas instituições, uma vez que todos os módulos do estágio foram realizados simultaneamente com a minha atividade laboral. Em ambas as instituições, as equipas multidisciplinares incluíam enfermeiros com o grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

No que respeita, em particular, ao Módulo III, a sua realização num contexto específico de Cuidados Paliativos teve por base a minha motivação para o cuidado à pessoa com doença grave, incurável e progressiva ou em fim de vida, e o reconhecimento da relevância do cuidado dirigido à saúde e doença mental nesta população vulnerável. A este aspeto, acrescento ainda o facto de esta opção ter constituído uma estratégia de continuidade no meu percurso académico, tendo em conta a minha obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Avançada, pela UCP, com uma dissertação sujeita ao tema “O humor e o luto dos enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida”.

Os módulos encontram-se apresentados pela ordem cronológica pela qual foram realizados. Tendo em conta a minha ausência de experiência profissional em contextos específicos de Saúde Mental e Psiquiatria, a UCP determinou que o percurso se iniciasse com o Módulo 2. Seguiu-se o Módulo 1 e, por fim, o Módulo 3.

## **2.1. MÓDULO 2 - Desenvolvimento de Competências em Unidades de Intervenção na Crise do Adulto**

O Módulo 2 foi realizado entre 24 de Abril e 24 de Junho de 2017, numa unidade de internamento de adultos do serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de um hospital da cidade de Lisboa.

### **2.1.1. O Contexto**

A unidade de internamento do serviço de Psiquiatria e Saúde Mental presta cuidados de saúde a uma população elevada, tanto em número como em área geográfica abrangida. A admissão nesta unidade pode ser feita através do serviço de urgência do hospital, da consulta externa, de outros serviços do próprio hospital e de outros hospitais, abrangidos pela área de intervenção. Após a admissão é entregue a todos os clientes uma pulseira de identificação com o respetivo nome, data de nascimento e serviço de internamento.

O serviço tem disponíveis 15 vagas para internamento em quartos individuais (2) – com possibilidade de ocupação dupla, em caso de necessidade – e enfermarias de quatro camas (3). Os clientes são distribuídos pelas enfermarias de acordo com o género. A ocupação dos quartos individuais/duplos é gerida em função de critérios de risco associados à situação clínica do doente.

Para além dos quartos e enfermarias, o serviço é composto por uma sala de trabalho da equipa multidisciplinar, gabinetes médicos e uma sala multifunções, cuja disposição é alterada ao longo do dia, de acordo com a finalidade pretendida: realização das refeições, horário de visitas e realização de intervenções terapêuticas. Inclui ainda três instalações sanitárias, duas delas com duche, uma instalação para banho assistido e uma pequena sala com grandes janelas de vidro onde é permitido fumar. Todas as janelas do serviço estão protegidas com um sistema de controlo da abertura das janelas e grades exteriores. Cada

cliente pode isolar a sua unidade com cortinados mas estes encontram-se suspensos com um sistema de segurança.

A equipa multidisciplinar da unidade é constituída por médicos Psiquiatras e internos da especialidade de Psiquiatria, 15 enfermeiros (1 enfermeira-chefe, 6 enfermeiros generalistas e 8 com a especialidade em ESMP), 7 assistentes operacionais (AO), três psicólogas, uma terapeuta ocupacional (TO), uma assistente social e três administrativas. A equipa de enfermagem distribui o seu horário pelos turnos da manhã (4 enfermeiros), tarde (2) e noite (2) e utiliza o método de distribuição do trabalho por enfermeiro responsável. Os registos de enfermagem são realizados em sistema informático próprio, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Apesar de a maioria dos clientes se encontrar numa situação de internamento voluntário, verifica-se igualmente, com alguma frequência, a existência de clientes em situação de internamento compulsivo, de acordo com os pressupostos da Lei da Saúde Mental - Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, alterada pela Lei n.º 101/99, de 26/07. Durante o internamento, os clientes partilham o horário das refeições (pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia) na sala multifunções. À hora das refeições é igualmente preparada e administrada a medicação prescrita em esquema, permitindo uma vigilância da adesão ao regime medicamentoso e a implementação oportuna de intervenções de ensino relacionadas com o mesmo. O momento das refeições constitui igualmente um momento rico em experiências de observação do comportamento individual e do grupo, permitindo identificar padrões nas relações estabelecidas, manifestações de atividade delirante ou alucinatória, perturbações do comportamento alimentar, entre outros. Os clientes são ainda avaliados diariamente pela equipa multidisciplinar e têm acesso a várias intervenções de grupo de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, devidamente planeadas, como em seguida se descreve.

Após a alta clínica, os clientes são acompanhados na consulta externa do hospital, em consultórios privados pelos seus médicos Psiquiatras particulares, encaminhados para os centros de saúde da área de residência ou para estruturas como o hospital de dia, fóruns socio-ocupacionais e outras estruturas de apoio da comunidade.

### **2.1.2. Atividades Realizadas e Competências Desenvolvidas**

Após as primeiras semanas de integração no contexto, elaborei um projeto de estágio, tendo em conta as características do serviço, as suas potencialidades e limitações. Defini como objetivos centrais:

- Desenvolver o autoconhecimento e a capacidade de analisar e refletir sobre as situações vividas;
- Conhecer a população alvo e prestar cuidados de enfermagem adequados à pessoa com doença mental em situação de crise;
- Implementar intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial ou psicoeducacional, promotoras da autoestima na pessoa com o diagnóstico de (risco de) baixa autoestima.

A realização do Módulo 2 do estágio neste contexto permitiu-me o contacto com uma grande variedade de experiências de aprendizagem, desenvolvidas em vários domínios. Em seguida, apresento as atividades previamente existentes no serviço nas quais pude participar, bem como as atividades específicas por mim desenvolvidas no âmbito do projeto de estágio.

#### **▪ Sessões Clínicas**

A sessão clínica decorre com uma periodicidade semanal num anfiteatro do hospital. Cada sessão clínica tem a duração aproximada de duas horas e consiste em três partes sequenciais: apresentação de um caso clínico; entrevista presencial realizada por um médico psiquiatra ao cliente em questão e discussão entre os vários elementos da equipa multidisciplinar presentes, após a saída do cliente da sala. As sessões clínicas têm como objetivo o esclarecimento do diagnóstico médico, a definição ou ajuste do plano terapêutico – delineando-se estratégias personalizadas de intervenção de âmbito multidisciplinar – e a formação experiencial dos envolvidos.

Ao longo do meu período de estágio foi-me dada a oportunidade de estar presente na apresentação de três casos clínicos, relativos a clientes em situações clínicas muito distintas, nomeadamente, clientes com doença bipolar, perturbações psicóticas e disforia de género. Estas experiências permitiram-me aprofundar conhecimentos relativos a aspetos da psicopatologia, da psicofarmacologia e das várias modalidades de intervenção terapêutica disponíveis, bem como desenvolver competências no âmbito da comunicação terapêutica, em particular no contexto de entrevista. Contactar com os clientes em questão neste contexto

permitiu-me ainda refletir formalmente, sob a forma de Diário de Estágio, sobre aspetos relativos à privacidade, à vivência da doença mental e ao sofrimento do outro e do significado que ele assume para mim. Apresenta-se um excerto de um diário no APÊNDICE 2.

### ▪ **Reunião Clínica Multidisciplinar**

As reuniões clínicas multidisciplinares têm uma frequência semanal e permitem a reunião dos vários profissionais da equipa. Apesar de toda a equipa médica estar presente, apenas um enfermeiro é selecionado de forma rotativa pela enfermeira chefe. Sobre este aspeto em particular, realizei uma reflexão em Diário de Estágio, apresentada no APÊNDICE 3.

A reunião consiste numa breve apresentação da situação clínica de cada cliente, pelo seu médico assistente, e na posterior discussão sobre a evolução observada, as estratégias de intervenção em curso e as eventuais necessidades de ajuste, bem como a preparação precoce da alta, com o apoio da assistente social.

A minha participação nas referidas reuniões permitiu-me consolidar conhecimentos no domínio da psicopatologia, desenvolver competências no domínio do trabalho em equipa, formular julgamentos clínicos e discuti-los com outros profissionais e conhecer recursos comunitários relevantes para a continuidade do plano terapêutico definido para cada cliente.

### ▪ **Plano Semanal de Intervenção Terapêutica**

Durante o internamento, à exceção dos fins-de-semana, os clientes têm acesso a um plano de intervenção grupal, definido e ajustado semanalmente de acordo com as características e necessidades da população internada. No ANEXO 2 apresenta-se um exemplo de plano semanal, definido por uma EEESMP da equipa, responsável pela sua preparação, implementação e avaliação, em colaboração com a TO.

Neste contexto pude participar na implementação partilhada de várias intervenções, nomeadamente no domínio da estimulação cognitiva, da realização de intervenções de exercício físico e relaxamento, na concretização de *ateliers* de expressão com recurso a diversos materiais e na participação na reunião comunitária semanal. A participação nestas intervenções permitiu-me não só o contacto e aprofundamento dos seus fundamentos científicos, mas também o desenvolvimento de competências instrumentais na sua mobilização e aplicação, na gestão de situações complexas e imprevistas que surgiram no

decorrer das mesmas e no aperfeiçoamento das técnicas de comunicação, transversais a qualquer intervenção.

### ▪ Reflexões Diárias

Também me foi permitido desenvolver competências no domínio do autoconhecimento, através da reflexão sobre momentos que se assumiram como particularmente relevantes para mim. Algumas das questões que emergiram relacionam-se com temáticas como os limites da relação terapêutica, a perigosidade, o estigma, os sistemas familiares, a adesão ao regime terapêutico e a crítica para a doença. Apresentam-se no APÊNDICE 4 alguns excertos de um total de quinze registos realizados após o contacto presencial com o contexto de estágio. Na Tabela 3 apresenta-se uma síntese das principais reflexões realizadas, das temáticas subjacentes às mesmas e das aprendizagens adquiridas.

*Tabela 3 - Síntese das reflexões realizadas no Módulo 2*

Temática	Título	O que conheci de mim
<b>Desenvolvimento de competências</b>	De proficiente a iniciada	<i>“Olho para as pessoas doentes que me rodeiam e não sei se posso olhar, ou como é que posso olhar. Porque afinal, a quem é que o meu olhar pode exaltar em vez de tranquilizar? Será que posso sorrir? Eu, que tanto utilizo o olhar e o sorriso quando cuido de pessoas internadas na unidade com compromisso da comunicação verbal, vejo-me agora obrigada a questionar as minhas ferramentas mais básicas”.</i>
	Assertividade vs Agressividade	<i>“A Sra. D.<sup>a</sup> E. disse-me “Bom dia querida!” e eu fui surpreendida pelo incómodo que me provocou esta expressão. No meu contexto profissional, quando aqueles de quem cuido estão numa fase de convalescença e se dirigem a mim desta forma, eu não costumo sentir-me incomodada e entendo-o como uma manifestação de apreço</i>

		<i>por estar disponível e presente numa fase difícil. Quando a Sra. D.<sup>a</sup> E. se dirigiu a mim desta forma senti-me frágil, como se as minhas características pessoais prevalecessem, quando o que mais queria era que as competências profissionais nas quais estou a trabalhar sobressaíssem”.</i>
<b>Relação Terapêutica</b>	O que faço com um segredo	<i>“Fui quase imediatamente invadida por um sentimento de dúvida e ambivalência: se, por um lado, a Sra. D.<sup>a</sup> ME decidia confiar-me algo desta magnitude, era porque tinha conseguido, de facto, estabelecer uma relação de confiança; por outro, questioneei-me sobre a intenção com que o fazia (“O que é que a utente espera de mim ao dar-me esta informação?”) e sobre o impacto que a existência de um segredo poderia ter na relação que construíamos. Talvez há uns anos atrás (com mais imaturidade e com o desejo ingénuo de querer agradar ao outro) me tivesse sentido apenas feliz, competente, vitoriosa ou orgulhosa de mim própria por ter conseguido que alguém em crise quisesse partilhar o seu problema comigo. Hoje o que senti foi o peso da responsabilidade de ser depositária de parte da vida e da confiança de alguém de quem cuido”.</i>
<b>Adesão ao Regime Terapêutico</b>	“Eu não quero tomar isso”	<i>“Reconheço que continua a ser difícil para mim a necessidade premente de, em determinadas circunstâncias, assumir uma postura de maior controlo do outro. No entanto, sinto com satisfação que vou lentamente criando competências que me fazem sentir mais confortável na</i>

		<i>identificação de problemas, na avaliação do risco inerente a diferentes situações e no uso da assertividade, como um instrumento essencial, para mim e para aqueles de quem cuido.”</i>
<b>Estigma face à doença mental</b>	O estigma também está em mim	<i>“A verdade é que, quando cuido de pessoas fisicamente debilitadas, por terem sido submetidas a grandes cirurgias, por terem doenças do foro oncológico, ou por terem sofrido com qualquer outra patologia física, sinto que tenho mais facilidade em compreender e aceitar que as reações de choque, negação e negociação fazem parte de um esforço de adaptação a uma nova realidade. Porque é que com a doença mental sou mais impaciente? Porque é que dou mais tempo a que alguém que não consegue aceitar que vai ter que viver com uma traqueostomia do que a alguém que não consegue aceitar que tem uma doença bipolar? Afinal, talvez tenha algum estigma em mim. Imagino-me no lugar destas pessoas e gostaria de sentir-me mais compreendida”.</i>
	Desejo de liberdade	<i>“Dei por mim a olhar para estas pessoas e a pensar que, independentemente das suas doenças, aquelas eram pessoas como eu. Que desfrutam do ar livre, do calor do sol na pele, de ouvir os pássaros que se movem entre as árvores e que anseiam pela liberdade que não podem ter neste momento das suas vidas porque a doença não lhes permite. Não têm desejos de uma liberdade</i>



		<i>avassaladora...só querem apanhar ar fresco e sentir, provavelmente, que isso ajuda a normalizar a sua existência. Há qualquer coisa de tão humano neste desejo de nos vermos livres do que nos prende, que não pude deixar de me sentir mais próxima destas pessoas”.</i>
<b>O cliente no seu sistema familiar</b>	Famílias que desorganizam	<i>“Parecia-me inverosímil que alguém pudesse ficar imune a tanta agressividade. Mas, mais uma vez, talvez o pense porque imagino que eu não o suportaria. Este episódio fez-me pensar que, ainda que todas as pessoas devam ser entendidas no seu sistema familiar, às vezes este sistema está tão doente que, não só não constitui um recurso, como deveria ele próprio ser alvo de atenção. Quando o turno acabou e saí do serviço, o Sr. C. (um jovem utente, também internado) estava sentado no banco da entrada com a sua mãe. Sorriam, conversavam e mantinham um contato reconfortante. Felizmente, algumas famílias ainda parecem ser um sistema seguro. Mesmo quando o desafio da doença mental bate à porta”.</i>

#### ▪ **Projeto de Intervenção de Promoção da Autoestima**

Para além da integração nas atividades existentes no serviço, defini igualmente um projeto de intervenção centrado na promoção da autoestima, ajustado aos objetivos por mim definidos como centrais para este módulo do estágio, às características do contexto e às condicionantes temporais e situacionais.

O projeto desenvolveu-se em dois eixos centrais:

## Eixo 1 – Intervenção Individual

O acompanhamento da cliente selecionada teve por critério o seu diagnóstico de autoestima diminuída e a obtenção do seu consentimento para um acompanhamento individual. Esse acompanhamento foi realizado ao longo de três semanas, com a periodicidade de 2 a 3 vezes por semana, e resultou na realização de um estudo de caso (APÊNDICE 5).

Este acompanhamento caracterizou-se pela construção de uma relação baseada nos princípios da relação de ajuda, promotora do crescimento e desenvolvimento pessoal, da resolução de problemas e da autonomia. Foram identificados vários diagnósticos de enfermagem - para além do diagnóstico central de Autoestima diminuída - definidas intervenções e avaliados os seus efeitos (APÊNDICE 5). Na Tabela 4 apresenta-se uma síntese das intervenções promotoras de autoestima desenvolvidas com a cliente em questão e a avaliação dos seus resultados.

*Tabela 4 - Síntese da Intervenção Individual no Módulo 2*

Diagnóstico	Intervenções	Avaliação dos Resultados
Autoestima Diminuída	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Estabelecimento de uma relação de ajuda;</li><li>▪ Realização de entrevistas de acompanhamento individual, duas a três vezes por semana;</li><li>▪ Implementação individual de estratégias do âmbito da terapia cognitivo-comportamental;</li><li>▪ Promoção da participação nas intervenções psicoterapêuticas de grupo desenvolvidas no contexto:<ul style="list-style-type: none"><li>- Reuniões comunitárias</li><li>- <i>Ateliers</i> de expressão</li><li>- Escrita criativa</li><li>- Exercício físico/Relaxamento</li><li>- Estimulação Cognitiva</li></ul></li></ul>	<p>Após a intervenção verificou-se que a cliente apresentava várias manifestações clínicas que sustentam a melhoria do diagnóstico. Nestas incluem-se:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Abolição da clinofilia e diminuição da tendência para o isolamento social;</li><li>• Procura ativa do estabelecimento de contacto com terceiros, com satisfação nas relações estabelecidas;</li><li>• Estabelecimento de contacto visual, sem evitamento na interação;</li><li>• Capacidade de abordar espontaneamente os profissionais de saúde, manifestando de forma assertiva a sua vontade e expressando necessidades;</li><li>• Diminuição da frequência das verbalizações de culpa,</li></ul>

		vergonha e autodesvalorização; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade para identificar qualidades e conquistas pessoais quando incentivada;</li> <li>• Capacidade de elaborar uma lista de objetivos realistas a curto e médio prazo.</li> </ul>
--	--	---

Para o diagnóstico de autoestima diminuída foram mobilizadas, ao longo do acompanhamento individual, intervenções de âmbito cognitivo-comportamental, descritas como eficazes na promoção da autoestima. A evidência disponível sustenta que as pessoas com doença mental e baixa autoestima assumem um funcionamento em ciclo vicioso, com pensamentos, emoções e comportamentos negativos que podem ser reestruturados através desta tipologia de intervenções (Kunikata, Yoshinaga, Shiraishi, & Okada, 2016). O estudo de England (2007), igualmente apresentado na revisão da literatura, sustenta também a eficiência destas intervenções na promoção da autoestima, o que fundamenta os resultados positivos observados junto da cliente em questão.

O término da relação coincidiu com a alta clínica da cliente, que abandonou o serviço de internamento com uma melhoria do diagnóstico de autoestima diminuída, com menos verbalizações de autodepreciação, maior capacidade de verbalização de aspetos positivos sobre si, procura ativa e satisfação na interação com os outros e capacidade para estabelecer metas realistas para o seu futuro próximo. A melhoria clínica do diagnóstico sustenta a eficácia das intervenções implementadas.

Para além dos benefícios para a cliente, esta primeira experiência de acompanhamento individual de uma pessoa com perturbação mental em situação de crise constituiu para mim um desafio importante, que me exigiu a mobilização de competências relacionais, técnicas e instrumentais complexas, que constituem o domínio de competências exigidas aos EEESMP. Permitiu-me ainda desenvolver competências relevantes no domínio da reflexão sobre mim, enquanto pessoa e profissional. Tal como referido anteriormente, esta reflexão foi sistematizada através da realização de registos diários sobre as experiências sentidas com maior impacto durante o período de estágio (APÊNDICE 4).

## **Eixo 2 – Intervenção Grupal**

Tendo em conta as características da população internada e a transversalidade do diagnóstico de autoestima diminuída, assumiu-se como adequada a elaboração de um plano de intervenção em grupo, constituído por várias sessões, dirigidas à promoção da autoestima (APÊNDICE 6).

Face às condicionantes temporais, foram planeadas quatro sessões sequenciais, com a duração de 30 minutos a 1 hora, abrangendo intervenções de psicoeducação para esclarecer o conceito de autoestima e o seu significado para cada um; atividades expressivas com recurso a escrita e colagem para ampliar o autoconhecimento e promover a identificação de aspetos positivos; e dinâmicas de grupo para explorar o papel que as relações com os outros têm na autoestima, identificando pensamentos, sentimentos e comportamentos associados ao elogio e à crítica. A seleção destas estratégias encontra-se fundamentada no plano de intervenção apresentado no APÊNDICE 6.

Após a implementação das referidas intervenções procedeu-se à avaliação dos seus efeitos. Para isso recorreu-se à observação e interação diária com os clientes envolvidos no programa ao longo do módulo de estágio, à realização de uma avaliação diagnóstica no início de cada intervenção, tendo em conta os aspetos trabalhados na sessão anterior, e à discussão com a equipa de enfermagem acerca dos procedimentos utilizados e dos efeitos observados pelos seus elementos. Este último aspeto assumiu para mim um aspeto pedagógico particularmente relevante já que me permitiu recorrer a profissionais com maior experiência neste campo específico como fontes de aprendizagem. Permitiram-me, não só identificar os pontos fortes da intervenção e aqueles que poderiam ser alterados para uma melhoria dos resultados, como discutir aspetos relacionados com a comunicação estabelecida entre os clientes envolvidos mas também sobre a minha, permitindo-me tomar consciência de aspetos verbais e não-verbais, reconhecendo as minhas dificuldades e as minhas melhores competências.

Apesar de se terem verificado várias alterações no grupo, em função de variáveis incontornáveis como a entrada e saída de clientes do internamento, a realização de exames complementares de diagnóstico e a observação/intervenção individual por outros profissionais da equipa, é possível afirmar que o grupo aderiu ao plano de intervenção. Participaram em cada sessão 6 a 12 clientes. No final, muitos demonstraram capacidade de enumerar características de uma autoestima positiva, refletindo sobre si e sobre a sua própria autoestima. Aqueles que participaram em todas as sessões foram os mais participativos,

demonstrando vontade de comunicar aos novos pares o que haviam aprendido. Apesar das dificuldades manifestadas no processo, construíram com sucesso um cartaz com as suas qualidades que ficou afixado no serviço a seu pedido (APÊNDICE 7).

Os resultados positivos obtidos através da implementação da intervenção justificam a adequabilidade das estratégias mobilizadas, devidamente fundamentadas na literatura. De facto, Colom e Vieta (2004) defendem que a psicoeducação transcende a aquisição de conhecimentos latos sobre uma dada temática, potenciando em cada um uma maior consciência de si e da sua própria experiência individual. Estes ganhos foram observados em muitos dos clientes ao longo das várias sessões, sendo frequentes as verbalizações espontâneas de aspetos e vivências pessoais, através de estímulos genéricos como a visualização de um vídeo alusivo à temática da autoestima.

#### ▪ **Atividades Formativas**

A participação de alguns dos enfermeiros da equipa na implementação e avaliação das intervenções de promoção de autoestima permitiu-me divulgar junto dos meus pares conhecimentos e estratégias de intervenção, devidamente fundamentadas em teóricos de referência e em resultados de investigação recente.

Tive ainda a oportunidade de colaborar na orientação de estudantes do 4º ano da Licenciatura, ao longo do seu último estágio do curso.

Ainda no que respeita à formação, é de referir que, durante o meu período de estágio, a unidade de internamento de Psiquiatria e Saúde Mental organizou, em conjunto com os restantes serviços do Departamento de Neurociências, um evento de divulgação científica no qual estive presente. Desloquei-me ainda o Porto, ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, para participar no Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Apesar de não ter podido participar ativamente nestes eventos, dada a fase precoce do percurso em que me encontrava, constituíram momentos ricos em aprendizagens pelas temáticas apresentadas e pela sua discussão. Os certificados de presença podem ser consultados nos ANEXOS 3 e 4.

## **2.2. MÓDULO 1 – Promoção de Estilos de Vida, Diagnóstico e Prevenção**

Seguiu-se o Módulo I, realizado entre 1 de Setembro e de 26 de Outubro de 2017 no Hospital de Dia de Psiquiatria de um hospital da região da grande Lisboa.

### 2.2.1. O Contexto

O Hospital de Dia de Psiquiatria (HDP) é um espaço totalmente interior, sem janelas, constituído por duas salas de trabalho: 1) *Atelier* - com mesas, cadeiras, um computador e material diverso; 2) Ginásio - constituído por um espaço aberto com uma parede de espelho, cadeiras, uma televisão plasma de grandes dimensões e dois armários com material diverso. O HDP inclui ainda uma sala de refeições com capacidade para vinte e duas pessoas, duas instalações sanitárias, um balcão de trabalho e um gabinete onde se encontra a terapêutica farmacológica, acondicionada em carro próprio.

O HDP é partilhado por dois grupos distintos:

- Psiquiatria Geral (adultos), com capacidade máxima para 12 pessoas;
- Psicogeriatria (idade superior a 65 anos de idade), com a capacidade máxima de 10 pessoas.

A referenciação para o HDP é feita através da consulta externa ou do internamento de Psiquiatria do hospital. Os clientes que respondem aos critérios de elegibilidade são admitidos diariamente no hospital de dia – com exceção dos feriados e fins-de-semana – a partir das 9h00 e recebem uma pulseira de identificação que devem manter até às 16h00, hora a que podem abandonar o serviço, após lhes ser dada alta no sistema informático. As refeições do pequeno-almoço, almoço e lanche são fornecidas pelo hospital, bem como a medicação psiquiátrica que é preparada e administrada pela enfermeira da equipa.

Existe um período experimental de duas semanas no HDP, considerado o período necessário para uma adaptação básica às normas e regras de funcionamento. Estas incluem o cumprimento dos horários estipulados, a presença nas atividades definidas e a proibição do consumo de substâncias (nomeadamente álcool, drogas e medicação não prescrita pela equipa médica). Não é permitido aos clientes que se ausentem do serviço fora dos períodos definidos e sem autorização da equipa técnica, e não podem ser realizadas vendas, trocas ou empréstimos de objetos entre os clientes em tratamento. As relações no exterior entre membros do grupo são desaconselhadas e é obrigatório o sigilo face a tudo o que é partilhado no contexto do grupo. Após o período experimental existe um limite de faltas injustificadas (cinco). Caso este limite seja ultrapassado, o cliente fica sujeito a expulsão. A justificação deve ser entregue ao técnico de referência do cliente, papel que pode ser assumido por qualquer membro da equipa multidisciplinar.

O tempo médio de acompanhamento no HDP é de três meses, ainda que por vezes se verifique a necessidade de alguns clientes aumentarem o seu período de acompanhamento. A alta do hospital de dia é precedida de um período designado “Pré-alta”, no qual os clientes apenas frequentam o hospital de dia em regime parcial – geralmente, as duas manhãs por semana em que se realizam os grupos terapêuticos. Durante este período os clientes são responsáveis pela gestão da sua própria medicação.

A equipa do HDP é constituída por dois médicos Psiquiatras e dois internos da especialidade de Psiquiatria, uma EEESMP, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e um assistente operacional. À exceção dos elementos da equipa médica, que trabalham exclusivamente com um dos grupos – Geral ou Psicogeriatria – todos os restantes profissionais intervêm junto dos dois grupos.

Tendo em conta o meu enfoque preferencial no grupo de Psiquiatria Geral, importa descrever o seu funcionamento em maior detalhe. O hospital de dia de Psiquiatria Geral apresenta vários objetivos transversais e subjacentes à intervenção de cada um dos profissionais da equipa multidisciplinar. Estes encontram-se formalmente expressos no contrato terapêutico-reabilitativo, entregue a todos os clientes aquando da sua admissão no HDP e incluem a melhoria do bem-estar, o desenvolvimento de competências, a facilitação da reintegração social, escolar/profissional e familiar e a diminuição da necessidade de internamento.

Apesar de várias intervenções serem implementadas de forma flexível e de acordo com as necessidades do grupo, existem intervenções fixas, definidas num plano semanal de funcionamento do HDP. Estas incluem a realização de dois Grupos Terapêuticos – um liderado pela enfermeira especialista e outro pela psicóloga, em conjunto com a restante equipa – e uma sessão de Treino de Competências Sociais, realizada pela terapeuta ocupacional. Apesar de a maioria das intervenções ser desenvolvida em contexto grupal, todos os clientes têm acompanhamento individual pela médica psiquiatra e alguns têm ainda apoio individual pela psicóloga.

Apesar de se tratar de um trajeto percorrido em grupo, cada cliente desenvolve, em simultâneo, um percurso que é único e individual. Após as duas semanas de período experimental, cada um recebe do seu técnico de referência um formulário que deve completar com o seu projeto terapêutico, definindo, ainda que de forma breve, aqueles que considera serem os seus principais problemas e os objetivos específicos a que pretende dar resposta no tempo de acompanhamento no hospital de dia. Este contrato é assinado e datado,

pelo cliente e pelo seu técnico de referência, e constitui um compromisso bilateral face ao tratamento.

Durante o meu período de estágio, verificou-se a prevalência de pessoas com os diagnósticos médicos de perturbação da personalidade *borderline*, perturbações do humor (depressão e doença bipolar), perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de abuso de substâncias (álcool e drogas). Muitas das pessoas de quem cuidei neste contexto apresentavam simultaneamente mais do que uma das condições clínicas referidas.

Relativamente ao grupo de Psicogeriatria, os clientes apresentam um horário de intervenções menos rígido, contando, no entanto, com intervenções fixas por parte da EEESMP e da TO. As atividades desenvolvidas por estes profissionais centram-se particularmente na implementação de intervenções de estimulação cognitiva, dada a prevalência de clientes idosos com o diagnóstico médico de demência e depressão. Do plano de intervenções semanais consta ainda uma intervenção bissemanal de realização de exercício físico adaptado, que decorre no ginásio do serviço de Medicina Física e Reabilitação do hospital e é implementada por uma fisioterapeuta. Todos os clientes têm ainda atribuído um médico assistente.

No HDP – de Psiquiatria Geral e de Psicogeriatria – todos os registos de Enfermagem são realizados em sistema informático próprio, partilhado por todos os profissionais da equipa. Não se verifica a utilização de qualquer linguagem específica de Enfermagem padronizada ou classificada.

### **2.2.2. Atividades Realizadas e Competências Desenvolvidas**

Após duas semanas de integração no contexto, formulei um projeto de estágio adequado às suas características, que me permitisse concretizar os seguintes objetivos:

- Desenvolver o autoconhecimento e a capacidade de analisar e refletir sobre as situações vividas;
- Conhecer a população alvo e prestar cuidados de enfermagem adequados à pessoa com doença mental;
- Implementar intervenções grupais de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial ou psicoeducacional, promotoras da autoestima em pessoas e grupos com o diagnóstico de (risco de) baixa autoestima.



A realização do Módulo 1 neste contexto permitiu-me o contacto com uma grande variedade de experiências de aprendizagem e intervenções desenvolvidas pelos vários profissionais da equipa multidisciplinar. Destaco da experiência de estágio no HDP a oportunidade de contactar, explorar e aprofundar o trabalho com grupos terapêuticos, pela sua centralidade enquanto metodologia de intervenção. A intervenção em grupo e os seus efeitos positivos no percurso de cada um dos seus elementos decorre do facto de cada um contribuir para o grupo com particularidades que, quando em interação, potenciam o confronto de cada um consigo através do confronto com o outro. Este processo permite a cada um ampliar o conhecimento que detém sobre si próprio, sobre os seus pensamentos e comportamentos, recursos e limitações. Este efeito de espelho do grupo constitui uma das suas grandes potencialidades e permite, através da descoberta de si próprio com o outro, tornar explícito o que antes era desconhecido (Zimerman & Osório, 1997), tornando a pessoa mais consciente e competente para a manutenção do seu próprio equilíbrio.

Em seguida, apresento as atividades existentes no serviço nas quais pude participar, bem como as atividades específicas por mim desenvolvidas no âmbito do projeto de estágio.

#### ▪ **Reunião Clínica Multidisciplinar**

As reuniões clínicas multidisciplinares têm uma periodicidade semanal e constituem um espaço para apresentação e análise da evolução clínica dos clientes sob acompanhamento no hospital de dia, bem como a proposta e discussão sobre novas admissões e altas. Nestas reuniões estão presentes todos os profissionais da equipa, o que permite que todas as áreas confluem com informações específicas para a apreciação do cliente e do seu percurso terapêutico. Considero que o facto de ter podido acompanhar os vários profissionais nas suas intervenções me permitiu passar de uma visão eventualmente mais fracionada – cada profissional apenas tem a oportunidade de observar comportamentos e sentimentos/pensamentos partilhados nas suas intervenções específicas com o grupo – para uma visão mais abrangente e contínua do processo de evolução terapêutica.

Através da presença nestas reuniões pude conhecer em maior profundidade a população alvo de cuidados, acompanhar a evolução dos clientes de uma perspetiva multiprofissional e desenvolver competências de trabalho em equipa. Facilitou a minha integração na equipa durante o período de estágio e deu-me a abertura necessária para poder partilhar e contribuir com o meu próprio julgamento clínico, decorrente da observação e participação nas várias atividades desenvolvidas.

## ▪ Grupos Terapêuticos

Tal como referido, o plano de intervenção do HDP inclui a realização de dois grupos terapêuticos por semana, um da responsabilidade da EEESMP e outro da psicóloga da equipa. Apesar de estes profissionais assumirem a liderança terapêutica do grupo, estão também presentes na sala o médico psiquiatra e a terapeuta ocupacional. Qualquer um dos profissionais tem a possibilidade de intervir no grupo, assim considere necessário.

Nos grupos terapêuticos do HDP participam todos os clientes do mesmo, incluindo aqueles que se encontram em período de pré-alta. As cadeiras são dispostas em círculo para que todos estejam visíveis e possam estabelecer contacto visual entre si. A temática lançada para o grupo é frequentemente livre, iniciando-se o grupo com questões abertas e permitindo que qualquer membro se voluntarie para participar. Os temas que surgiram espontaneamente com maior frequência incluíram a expressão de sentimentos e pensamentos face ao acompanhamento em hospital de dia, dificuldades percebidas pelo próprio em intervenções decorridas ao longo da semana, situações do contexto familiar com impacto no cliente, partilha de momentos relevantes, verbalização de conquistas no presente e de objetivos para o futuro. Em algumas situações específicas, tendo em conta eventos particulares vividos pelo grupo ou por algum dos seus elementos, verificou-se a necessidade de abordar temas específicos. Estes incluíram a explicitação das regras aquando da admissão de novos elementos, a confiança na relação terapêutica, a adesão ao regime terapêutico e a preparação para a alta.

Estar semanalmente presente nestes grupos constituiu uma oportunidade rica em aprendizagens. Permitiu-me observar a evolução dos clientes envolvidos, apreciando as mudanças diárias e progressivas nos seus comportamentos e na partilha de sentimentos. Presenciar as dinâmicas estabelecidas entre os elementos do grupo permitiu-me desenvolver a minha capacidade de observação e escuta ativa, analisando os significados subjacentes ao que é dito e feito, tanto naquele que o profere como naquele que o recebe, muitas vezes sem se aperceber. Pude identificar momentos fulcrais de interação entre elementos do grupo – de reformulação, de feedback genuíno, de crítica ou de elogio espontâneo – e reconhecer os seus efeitos nos restantes elementos. A riqueza dos grupos terapêuticos reside justamente nesta interação entre as várias partes do sistema grupo, que produzem efeitos no percurso individual de cada um dos seus elementos. De acordo com Yalom (1985), é desta interação que emergem os fatores terapêuticos como a instilação de esperança, a descoberta da

universalidade, a transmissão de informação, a recapitulação do grupo familiar, o desenvolvimento de técnicas de socialização, o comportamento imitativo, a aprendizagem interpessoal, a coesão do grupo e a catarse. Através destes processos os grupos terapêuticos contribuíram fortemente para a melhoria de alguns dos diagnósticos mais relevantes e de grande impacto para os seus elementos, tais como o isolamento social, a ansiedade presente e o *coping* ineficaz, entre outros.

Participar nestes grupos permitiu-me ainda desenvolver competências no âmbito do autoconhecimento e da reflexão sobre mim e as minhas vivências, tendo como ponto de partida as vivências daqueles de quem cuidei neste contexto. Para este exercício contei com a disponibilidade e interesse da EEESMP que me orientou neste percurso e que me permitiu desenvolver novos prismas de análise das situações e dos seus significados subjacentes. Para além dos momentos de reflexão partilhados oralmente, realizei ainda reflexões semanais sobre as situações que vivi de forma particularmente significativa. No APÊNDICE 8 apresento alguns excertos dessas reflexões que ilustram as competências desenvolvidas neste domínio. A Tabela 5 constitui uma síntese das principais temáticas e aprendizagens obtidas através das referidas reflexões.

**Tabela 5** - Síntese das reflexões realizadas no Módulo 1

Temática	O que conheci de mim
<b>A identificação de quem cuida com quem é cuidado</b>	<i>“ Imagino que seja a novidade que constituo que chame a atenção de quem por aqui vai sendo cuidado, porque constituo uma mudança num setting que se pretende securizante e a mudança, por vezes, pode ser de facto assustadora. Muitas das pessoas que aqui estão internadas verbalizam frequentemente este medo da mudança, referindo-se tanto a aspetos logísticos da vida, como a mudança de casa ou de trabalho, como a mudanças que se vão internalizando ao longo do processo terapêutico (“Eu nunca fui assim. Não estou habituada a conseguir fazer estas coisas e por isso tenho medo. É estranho ser capaz”, “Agora que sei isto sobre mim não sei se consigo continuar a viver da mesma forma, como fiz até aqui”). A mim a mudança também me assusta”.</i>
	<i>“Ao ver este casal que me pareceu tão frágil, não pude deixar de identificar neles uma imagem semelhante à dos</i>

	<p><i>meus avós maternos. (...) Por um breve momento, confesso que senti o desejo de consolar aquela mulher que acabara de conhecer, como se ela fosse a minha avó e pudesse fazê-lo - quis dizer-lhe “sim, está a fazer o melhor que sabe” ou de a abraçar quando começou a chorar com uma tristeza genuína - e sei que o facto de ter contido este movimento se deve ao facto de ter conseguido perceber no imediato a sua origem. Tenho investido muito em conhecer mais de mim e de mim com os outros ao longo deste percurso de especialização e sinto que isso me ajuda cada vez mais nas decisões que vou tomando quando cuido do outro neste contexto”.</i></p>
<p><b>Como me posiciono no cuidado ao outro</b></p>	<p><i>“No meu preconceito, confesso que não o imaginava capaz de se expressar da forma clara como o fez. Falou sobre as expectativas dos outros sobre si, de como a enormidade com que as percebia o tinha feito sentir-se esmagado e incapaz, de como sentia que a doença o tinha limitado desde cedo e da agressividade que sentia muitas vezes contida dentro si de uma forma difícil de gerir. Fui surpreendida, e isso fez-me pensar que devo confiar mais nas capacidades daqueles de quem cuido. Enquanto enfermeira numa unidade de cuidados intensivos, estou habituada a substituir as pessoas doentes (...) Reconheço que esta experiência profissional influencia a forma como me posiciono enquanto enfermeira no contexto da Psiquiatria, mas sei também que o facto de conseguir identificar esta minha característica é o primeiro passo para a tentar controlar. É por isso que quando a D<sup>a</sup> R. diz com um fôlego triste “Eu não consigo, ajude-me. Faça você, eu não consigo” sei que o meu primeiro impulso é o de a substituir (...) É tão difícil que às vezes apercebo-me que junto as mãos, como quem se controla para não fazer”.</i></p> <p><i>“Tenho aprendido muito sobre as técnicas e os aspetos mais práticos da intervenção na saúde e na doença mental, mas também muito sobre mim. Hoje sei que tenho a paciência necessária para escutar, a curiosidade para</i></p>

	<p><i>tentar compreender o outro e a sensibilidade para ver o que não é assumidamente exposto. Sei ainda que o meu conforto está no silêncio, no poder observar enquanto formulo hipóteses e penso na forma como posso integrar o que outro me diz e faz (às vezes até sem querer dizer ou fazer). Mas sei também que para intervir nada disto basta: é preciso que tente uma e outra vez e isso implica expor-me ao outro, a mim, a falhar e a tentar de novo. Desconfio que o meu apego à necessidade de controlo explique o facto de me sentir confortável numa posição mais observadora do que interventiva. Fico ansiosa perante a ideia de me colocar em situações em que potencialmente posso perder o controlo de tudo e de todos, nem que seja no meu imaginário (...) A ansiedade surge sempre porque me assusta a ideia de mostrar ao outro e a mim própria o que não sei gerir. Tenho medo de falhar”.</i></p>
<p><b>A relação terapêutica</b></p>	<p><i>“Não será natural que o fim de uma relação terapêutica não me seja indiferente? Como é que posso pôr algo de mim na relação com o outro e não sentir o fim desse algo para o qual também contribuí? Apesar de sentir esse fim, tenho para mim claro que o resultado de qualquer processo terapêutico não é meu, é do outro que dele precisa. Ainda assim, orgulho-me quando vejo que a D<sup>a</sup> R. está pronta para ter alta ou que a D<sup>a</sup> A. vai dando os seus primeiros sinais de revolta e de manifestação da sua vontade, durante tantos anos reprimida. Tudo isto que sinto é, afinal, o resultado da relação que estabeleci com o outro e que, por isso, não é só dele nem é só minha. O fim de uma relação terapêutica é algo para mim ainda complexo de gerir. Acredito que a experiência dos próximos anos vá certamente ajudar-me a definir limites, a continuar este exercício fundamental de compreender o que transfiro e contratransfiro nas relações, quem sou enquanto pessoa e profissional e como é que posso pôr isso ao dispor do outro para que ele possa fazer o seu próprio caminho”.</i></p>

## ▪ Treino de Competências Sociais

As competências sociais deficitárias, encontradas em muitos dos clientes do HDP, são um dos fatores que contribui fortemente para o prejuízo do seu funcionamento social, para o estabelecimento de relações insatisfatórias e para a desvalorização e marginalização social (Rijo, et al., 2007).

O treino de competências sociais constitui uma intervenção de âmbito psicossocial com um valor reconhecido no processo de reabilitação das pessoas com doença mental, (Seo, Ahn, Byun, & Kim, 2007). Tendo em conta que o horizonte temporal para a intervenção no hospital de dia é limitado, intervir no sentido da reabilitação assume uma particular relevância, já que é necessário preparar os seus clientes para a reintegração na vida social, familiar e escolar ou profissional. O treino de competências sociais permite desenvolver competências nos domínios da comunicação (verbal e não verbal), do relacionamento interpessoal (com ênfase nos atitudes e estilos de comportamento, na flexibilização do estilo de interação interpessoal, na assertividade e na sua importância para o desempenho de atividades como pedir ajuda, pedir desculpa, dizer não ou lidar com a crítica) e das emoções básicas como a tristeza, a alegria, o medo, a raiva, a culpa ou a vergonha (promovendo a sua identificação e o reconhecimento do seu significado) (Rijo, et al., 2007).

Apesar de não se tratar de uma intervenção específica de Enfermagem – sendo, inclusivamente, implementada pela terapeuta ocupacional da equipa neste contexto específico – considero que a oportunidade de participar nestas intervenções de carácter estruturado permitiu-me ampliar as minhas competências teóricas e instrumentais sobre esta intervenção, aspeto que considero relevante para o meu desenvolvimento profissional na área da saúde mental e psiquiátrica. Contactei com os seus fundamentos teóricos, conheci um leque alargado de opções metodológicas para abordar as mais diversas competências sociais e pude implementá-las em parceria com a técnica responsável.

A minha participação nesta intervenção permitiu-me ainda manter o acompanhamento dos clientes e do seu percurso terapêutico, observar a sua evolução individual e analisar as dinâmicas relacionais estabelecidas entre os elementos do grupo, bem como refletir em conjunto com alguns elementos da equipa sobre os seus efeitos imediatos, a médio e longo prazo.

### ▪ **Outras Intervenções de Âmbito Psicoterapêutico**

Para além dos grupos terapêuticos e das sessões de treino de competências sociais, pude ainda neste contexto contactar com várias intervenções implementadas pelos vários membros da equipa multidisciplinar, em particular pela EEESMP e pela TO. Estas intervenções incluíram *ateliers* de expressão com recursos a diversos materiais (lápis, canetas, tinta acrílica, aguarela, pastel de óleo, pastel seco, papel de seda, plasticina e barro), escrita criativa, estimulação cognitiva, dinâmicas de grupo, dança e movimento.

A minha participação nestas intervenções contribuiu para o desenvolvimento de competências instrumentais, permitindo-me contactar com um vasto leque de intervenções dirigidas a diferentes diagnósticos e objetivos. Este aspeto contribuiu para a aquisição das competências de intervenção preconizadas para os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

### ▪ **Projeto de Intervenção de Promoção da Autoestima**

Para além da integração nas intervenções implementadas pelos vários profissionais, privilegiando naturalmente as da responsabilidade da EEESMP, pela sua relevância para o meu próprio processo de especialização, considerei igualmente adequada a definição de um projeto de intervenção grupal centrado na promoção da autoestima. As intervenções foram planeadas tendo em conta a especificidade de cada um dos dois grupos do HDP – Adultos e Idosos – reconhecendo a sua especificidade enquanto populações muito distintas.

#### ▪ **Hospital de Dia de Psiquiatria Geral (Adultos)**

Tendo em conta as características do grupo de adultos e a transversalidade do diagnóstico de autoestima diminuída, ou do seu risco, procedeu-se à elaboração de um plano de intervenção grupal dirigido à promoção da autoestima.

Foram planeadas três sessões sequenciais (APÊNDICE 9), com o objetivo de trabalhar três temáticas relevantes para a promoção da autoestima: o reconhecimento da própria identidade/autoconhecimento, as relações interpessoais e a definição de metas realistas para o futuro (Arrais, 2014). Destas três intervenções grupais apenas as primeiras duas foram efetivamente implementadas e avaliadas de forma exclusiva por mim. Em relação aos seus resultados, é possível afirmar que se verificou uma melhoria da autoestima, demonstrada por manifestações clínicas como a disponibilidade progressivamente maior para a participação nas intervenções em grupo, verbalizações de sentimentos de competência, melhoria da

confiança e da autoeficácia, aceitação do elogio, melhoria da reação à crítica e capacidade de estabelecer objetivos realistas para o futuro. No que respeita à terceira intervenção, é de realçar que a sua não implementação se deveu à realização de uma intervenção com um objetivo sobreponível por parte da TO da equipa, pelo que os seus conteúdos foram igualmente trabalhos com o grupo. Tendo estado presente, pude avaliar como positiva a capacidade de definir objetivos para o futuro de pelo menos metade dos elementos do grupo. Aqueles que manifestaram mais dificuldades foram aqueles que haviam sido admitidos no HDP há menos tempo, facto explicável pela fase ainda precoce do percurso terapêutico em que se encontravam.

Tendo por base o acompanhamento do grupo ao longo das oito semanas de estágio, com um total de 180 horas de contacto, as intervenções multidisciplinares em que participei e aquelas que pude implementar com apoio da EEESMP que me orientou no local, propus-me ainda à realização de um Estudo de Caso de grupo que apresento no APÊNDICE 9. A realização deste exercício constituiu para mim um dos maiores desafios deste percurso, tanto pela aparente escassez de trabalhos deste tipo que me pudessem orientar em termos metodológicos, como pela complexidade das situações e interações observadas. Mobilizou-se o Modelo de Sistemas de Betty Neuman como referencial teórico para a abordagem deste sistema complexo, procurando identificar a sua estrutura, reconhecer as interações e as dinâmicas estabelecidas e ainda compreender a forma como os objetivos individuais podem ser trabalhados no grupo, com efeitos positivos tanto para cada um, como para o todo a que pertencem.

A implementação do projeto de intervenção na promoção da autoestima e a concretização de um estudo de caso grupal permitiram-me responder aos objetivos por mim delineados e desenvolver competências no domínio relacional, teórico, instrumental e de reflexão sobre mim e sobre aqueles de quem cuido.

Os resultados obtidos com a intervenção multidisciplinar são analisados em profundidade no Estudo de Caso apresentado no APÊNDICE 9. No entanto, importa sintetizar os ganhos obtidos pelo grupo e pelos seus elementos no que respeita, em particular, à melhoria do diagnóstico de Autoestima diminuída. Apesar de se considerar que a intervenção foi adequada e bem-sucedida, importa reconhecer que o seu carácter pontual não é naturalmente suficiente, por si só, para alcançar um diagnóstico de autoestima positiva em todos os elementos do grupo. A autoestima foi promovida através da ampliação da consciência de



cada um acerca de si próprio, identificando aspetos positivos e negativos, abordando os sentimentos de cada um sobre si, tornando consciente a autodesvalorização e reorientando os pensamentos para uma visão mais positiva. Para isso contribuíram também as interações de feedback entre os vários elementos do grupo, aspeto particularmente importante, já que receber feedback dentro de um grupo terapêutico permite ao indivíduo uma maior consciencialização de si próprio, através do contacto com a leitura que os outros fazem de si (Guerra e Lima, 2005). Verificou-se uma melhoria da autoestima, demonstrada por uma disponibilidade progressivamente maior para a participação nas intervenções em grupo, verbalizações de sentimentos de competência, melhoria da confiança e da autoeficácia, aceitação do elogio, melhoria da reação à crítica e capacidade de estabelecer objetivos realistas para o futuro.

Durante o percurso terapêutico do grupo, é possível identificar outros diagnósticos centrais que foram alvo de intervenção, tendo permitido o desenvolvimento de competências dos clientes em vários domínios. A sua síntese é apresentada na Tabela 6.

**Tabela 6** - Síntese da Intervenção Grupal no Módulo 1

Diagnóstico	Resultados
<b><i>Coping Ineficaz</i></b>	Ao longo do período de acompanhamento em hospital de dia, verificou-se que vários elementos do grupo conseguiram identificar o seu leque preferencial de mecanismos de <i>coping</i> , reconhecendo a sua eficácia/ineficácia e o seu foco no problema ou nas emoções associadas. Alguns puderam ainda desenvolver estratégias de <i>coping</i> mais eficazes, incluindo o sentido de humor, a resolução de problemas ou as estratégias de distração e criatividade (como o desenho e a pintura).

<b>Ansiedade</b>	Verificou-se uma redução da ansiedade, com maior disponibilidade para a participação nas intervenções, ainda que se tenham mantido as verbalizações de ansiedade em relação a estímulos exteriores ao hospital de dia, tais como andar de transportes públicos, resolver problemas ou comunicar com determinadas pessoas do círculo de relacionamentos.
<b>Isolamento Social</b>	<p>A inclusão no hospital de dia constituiu, por si só, uma intervenção redutora do isolamento social para todos aqueles que constituíam o grupo.</p> <p>Foram ainda implementadas intervenções como a promoção da interação social (tanto no hospital de dia como no exterior) e a disponibilização de informação sobre recursos pessoais, familiares e comunitários.</p> <p>Promoveu-se a identificação dos motivos subjacentes ao isolamento, bem como o desenvolvimento de novas estratégias.</p>
<b>Comunicação Ineficaz</b>	<p>Verificou-se um aumento do conhecimento sobre os estilos de comportamento e comunicação, com a identificação de cada elemento do grupo sobre o seu padrão/estilo comunicacional (tendencialmente agressivo, manipulador, passivo ou assertivo).</p> <p>Com recurso ao feedback do enfermeiro e dos pares nas várias interações formais e informais, desenvolveram-se competências sociais relevantes, tais como pedir ajuda, agradecer, dar/receber um elogio ou uma crítica ou partilhar e discutir uma opinião.</p>

#### ▪ Hospital de Dia de Psicogeriatría

A intervenção junto do grupo de Psicogeriatría, apesar de ter sido considerada relevante, foi durante grande parte do meu período de estágio limitada pelo número reduzido de clientes

que constituía o grupo (durante várias semanas, o grupo foi constituído apenas por três pessoas).

No entanto, com o aumento do número de elementos do grupo na fase final do meu estágio foi possível planear, implementar e avaliar uma intervenção promotora de autoestima com este grupo específico. Selecionou-se a terapia da reminiscência, pelo seu reconhecimento enquanto intervenção adequada à pessoa idosa (Webster, Bohlmeijer, & Webster, 2010; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010), em particular com o diagnóstico de demência (Huang, et al., 2015), transversal à maioria dos elementos do grupo. A terapia da reminiscência apresenta múltiplos benefícios, nomeadamente a facilitação da adaptação a novos eventos e transições, a promoção do bem-estar e da satisfação com a vida, o desenvolvimento de sentimentos de competência, a redução dos sintomas depressivos e a melhoria da autoestima (Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008).

Os detalhes da intervenção podem ser consultados no APÊNDICE 10, onde constam a sua fundamentação, planeamento e a descrição dos resultados obtidos. As fotografias trazidas pelas clientes – mobilizadas como recurso catalisador para abordar as memórias de um dia feliz – responderam, sem nenhuma indicação expressa nesse sentido, a um padrão temático centrado na família, nas relações de proximidade e suporte e em momentos socialmente relevantes, tais como o casamento dos filhos, o batizado dos netos ou a celebração do dia da mãe.

Apesar de se reconhecer o seu carácter limitado, avaliou-se a intervenção como adequada e eficaz, já que permitiu a verbalização de sentimentos e memórias do passado positivas, bem como o reconhecimento de desafios e conquistas ultrapassadas ao longo da vida.

#### ▪ **Formação**

Neste módulo do estágio tive a oportunidade de participar no VIII Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com o tema “A Saúde Mental ao Longo da Vida”, que decorreu nos dias 26 e 27 de Outubro de 2017 na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Neste congresso participei no *workshop* “Estratégias de Enfermagem na Ansiedade e Depressão” (ANEXO 5) e apresentei a comunicação livre “A eficiência da Terapia da Reminiscência na Promoção da Autoestima” (ANEXO 6 e APÊNDICE 11). Submeti ainda à Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, a 30 de Dezembro de 2017, um artigo científico de revisão

sistemática da literatura sobre o mesmo tema. À data da entrega deste relatório aguardo resposta sobre a sua eventual publicação.

### **2.3. MÓDULO 3 – Opcional**

O Módulo 3 decorreu entre 27 de Outubro e 19 de Dezembro de 2017 na Equipa de Apoio Domiciliário de Cuidados Paliativos de um hospital da cidade de Lisboa.

De acordo com o Plano de Estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, este é um módulo de temática livre, a ser seleccionada pelo estudante tendo em conta o seu percurso profissional e a problemática central do seu projeto de estágio. Face a estas indicações selecionei como local de estágio para a realização do Módulo 3 um contexto de Cuidados Paliativos, tendo em conta o meu percurso académico até à data e a oportunidade de explorar a temática da autoestima nesta população particularmente vulnerável.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), os Cuidados Paliativos definem-se como *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida das pessoas que enfrentam doenças incuráveis, com prognóstico limitado, ou doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais”*.

Existem várias tipologias de unidades de prestação de cuidados paliativos em Portugal: unidades de internamento, equipas de suporte intra-hospitalar e equipas domiciliárias. As equipas domiciliárias permitem um cuidado de proximidade com a pessoa doente e o seu sistema familiar, devidamente enquadrado num contexto comunitário específico. No contexto de cuidados paliativos este sistema deve ser sempre entendido como indissociável, já que a pessoa doente e a sua família constituem, juntas, uma unidade única de cuidados (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006)

As equipas de cuidados paliativos, independentemente da sua tipologia, respondem a critérios rigorosos no que respeita à sua constituição em termos de categoria profissional e de formação específica na área. Apesar de não constar nestes critérios a existência de enfermeiros com o grau de Mestre com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, existem enfermeiros com esta diferenciação em alguns destes contextos, nomeadamente naquele em que realizei o Módulo 3 do Estágio. A sua presença nestas

equipas parece adequada face à prevalência de necessidades relacionadas com o sofrimento, a existência de crises em períodos de agudização da doença, a degradação progressiva com aumento do nível de dependência ou a vivência de processo de luto e de luto antecipatório.

### **2.3.1. O Contexto**

A equipa do serviço de apoio domiciliário (SAD) de cuidados paliativos encontra-se fisicamente sediada num hospital da cidade de Lisboa. No entanto, os seus profissionais deslocam-se diariamente por toda a cidade, 365 dias por ano, em duas viaturas específicas para o efeito.

A sede do SAD é composta por um secretariado, dois gabinetes médicos, um gabinete da chefia de enfermagem, uma sala de reuniões, uma sala de trabalho com três computadores e uma sala com diversos móveis de arrumação para a medicação e outros materiais de consumo clínico. A equipa dispõe ainda de um armazém externo no recinto do hospital, onde se encontram armazenados materiais de suporte de grandes dimensões, tais como camas articuladas, colchões, cadeiras de rodas, cadeiras de banho, entre outros.

A equipa do SAD é parte de uma equipa mais alargada, designada por Equipa de Cuidados Paliativos. Esta inclui uma equipa de apoio intra-hospitalar (constituída por um médico e um enfermeiro), uma equipa de gestão de altas (constituída pelo mesmo médico e outro enfermeiro) e a equipa de apoio domiciliário (constituída por um médico, três enfermeiros e um a dois motoristas). A Equipa de Cuidados Paliativos é ainda composta por uma assistente social, uma psicóloga, uma administrativa e uma assistente operacional. Todos estes profissionais são partilhados pelas três equipas descritas.

A equipa do SAD funciona diariamente, incluindo fins-de-semanas e feriados, das 8h às 16h. Para além da realização de visitas domiciliárias, a equipa está ainda contactável por via telefónica, através de um número de telemóvel disponibilizado a todos os clientes e às suas famílias para utilização em caso de dúvidas ou situações imprevistas. Nos dias úteis, toda a equipa está presente no SAD; nos restantes dias – feriados e fins-de-semana - as visitas domiciliárias são realizadas apenas por um enfermeiro, estando um membro da equipa médica contactável por via telefónica em regime de prevenção. Após a realização das visitas domiciliárias, os enfermeiros regressam à sede e realizam os registos de enfermagem em sistema informático próprio, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A admissão no SAD é feita através de avaliação pela equipa médica, após a referenciação por outras estruturas do hospital, incluindo a consulta externa, o internamento e a equipa de apoio intra-hospitalar. As admissões estão sujeitas ao número de clientes sob acompanhamento, mas também à sua complexidade e ao número de visitas semanais necessárias, tendo em consideração as limitações da equipa. Estas incluem não só o reduzido número de profissionais que a compõem mas também uma dificuldade logística que se verificou quase diariamente durante o meu período de estágio, relativa ao número de motoristas e viaturas disponíveis. O facto de frequentemente só existir um motorista atribuído pelo hospital ao SAD condiciona a necessidade de que um único carro desloque toda a equipa pelo dobro dos acompanhamentos e por uma área geográfica mais extensa, o que limita o número de clientes passíveis de receberem o acompanhamento da equipa, bem como o tempo disponível para os mesmos.

A equipa multidisciplinar do SAD tem como objetivos garantir o bem-estar e a qualidade de vida do cliente, favorecer o controlo sintomático, assistir no processo de luto e contribuir para a preservação da dignidade inerente à sua condição humana. Estes objetivos estão de acordo com os preconizados pela WHO (2002) para os Cuidados Paliativos.

Durante o acompanhamento pelo SAD, todos os aniversários são celebrados com um postal personalizado e assinado por toda a equipa (ANEXO 7). Esta constitui uma estratégia de promoção de esperança, enaltecendo aquilo que já se viveu e favorecendo a vivência do presente – do aqui e agora. O tempo de acompanhamento pelo SAD é muito variável e a alta ocorre quase sempre por morte do cliente. Após a alta, a equipa envia um postal de condolências à família e mantém-se disponível para qualquer contacto que esta sinta desejo ou necessidade de estabelecer. Apesar de existir no serviço um protocolo de apoio no luto, este não se encontrava ativo durante o meu período de estágio devido a condicionantes no que respeita aos recursos humanos.

### **2.3.2. Atividades Realizadas e Competências Desenvolvidas**

Após as duas primeiras de semanas de estágio, foi-me possível estabelecer objetivos que, sendo transversais a todo o percurso de estágio, se adequavam também a este contexto específico de cuidados paliativos. Estes incluíram:

1. Desenvolver o autoconhecimento e a capacidade de analisar e refletir sobre as situações vividas;

2. Conhecer a população alvo e prestar cuidados de enfermagem adequados às necessidades da pessoa com doença grave, progressiva e incurável, sob acompanhamento de uma equipa de cuidados paliativos no domicílio;
3. Implementar intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial ou psicoeducacional, promotoras da autoestima na pessoa com doença progressiva e incurável com o diagnóstico de (risco de) autoestima diminuída.

Para a consecução destes objetivos foram delineadas várias estratégias, incluindo a participação nas atividades já existentes no contexto, a realização de exercícios de reflexão e autoanálise – em virtude do reconhecimento das questões particularmente sensíveis envolvidas no cuidado à pessoa com necessidade de cuidados paliativos – e a elaboração de um projeto de intervenção individual junto de um dos clientes do SAD com o diagnóstico de autoestima diminuída.

#### ▪ **Reunião Clínica Multidisciplinar**

A reunião clínica multidisciplinar ocorre diariamente, às 9h de todos os dias úteis, e conta com a presença de todos os profissionais da equipa multidisciplinar, à exceção da administrativa e da assistente operacional.

Esta reunião, apesar de apresentar uma estrutura semelhante ao que noutros contextos se designa genericamente por “Passagem de turno”, apresenta na realidade algumas particularidades que a tornam num momento relevante de partilha e reflexão entre profissionais de grupos disciplinares distintos. Nestas reuniões diárias cada cliente é apresentado, tendo em conta a sua evolução clínica e os problemas identificados, pelo profissional da equipa que mais recentemente o visitou, independentemente da sua categoria profissional. São discutidas e analisadas em conjunto alternativas de resposta para questões relacionadas com o controlo sintomático, com as necessidades e dificuldades dos cuidadores familiares, com apoios sociais e com o processo de luto, entre outros. Realiza-se ainda o planeamento semanal das atividades do SAD, ponderam-se as novas admissões, tendo em conta a lista de espera, e partilham-se notícias, filmes e artigos científicos relacionados com a área de cuidados paliativos.

As reuniões multidisciplinares permitiram-me contactar com um trabalho que se faz efetivamente em equipa, com relações horizontais de respeito e parceria. Facilitou ainda o acompanhamento da evolução dos clientes e das suas famílias, permitindo-me uma noção de continuidade do seu percurso, apesar de não poder estar presente todos os dias no contexto

de estágio. A partilha informal de conteúdos formativos entre profissionais permitiu-me ainda aprofundar conhecimentos no domínio dos cuidados paliativos, mantendo um contacto com dados da comunicação social e, sobretudo, da investigação, essenciais para a formulação de julgamentos clínicos e estratégias de intervenção devidamente informadas.

#### ▪ **Acompanhamento Diário da Equipa do SAD**

Ao longo das 180 horas de contacto do estágio pude acompanhar, não só a EEESMP que me orientou neste percurso mas também os restantes enfermeiros da equipa. Estes apresentam diferentes graus académicos e formativos, coexistindo na equipa enfermeiros generalistas com formação em cuidados paliativos (2), enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2) e especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (1). Acompanhar estes profissionais permitiu-me reconhecer a forma como – apesar de todos partilharem os objetivos gerais, transversais à missão da equipa – a sua formação específica influencia indubitavelmente a perspetiva que assumem ao cuidar das pessoas com doença grave e incurável e, no que respeita aos enfermeiros especialistas, determina as competências específicas passíveis de serem por si mobilizadas. No que que respeita aos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, destaco as competências comunicacionais que mobilizam em situações de grande complexidade e a sua capacidade de intervir em problemas especificamente relacionados com a saúde mental, incluindo a tristeza, a ansiedade, o medo da morte ou o luto antecipatório.

Todos os enfermeiros deslocam-se por toda a cidade de Lisboa, de acordo com o plano de visitas diário. Cada um carrega às costas uma mochila própria, com todo o tipo de material clínico, e ainda um saco com material específico para cada cliente, em particular, material para a realização de tratamento a feridas malignas e úlceras por pressão. Para além da realização destes tratamentos, os enfermeiros desenvolvem ainda intervenções no âmbito da gestão do regime terapêutico, do suporte emocional e do ensino, à pessoa doente e ao seu cuidador. Participar ativamente nestas visitas permitiu-me conhecer a população alvo, estabelecer relações de proximidade e confiança com alguns clientes e as suas famílias e desenvolver intervenções face às suas necessidades, em conjunto com a restante equipa.

Intervir num contexto comunitário, como é o domicílio de cada cliente, permite um contacto de proximidade com o seu real contexto familiar e social. Torna acessível a realidade do cliente, as suas dinâmicas familiares, a vivência diária da pessoa doente e do seu cuidador e as suas necessidades expressas com a espontaneidade de quem está num ambiente que lhe



pertence. Acompanhar a equipa nesse contexto permitiu-me contactar com um vasto leque de situações e experiências vividas passíveis de análise e reflexão, com impacto no desenvolvimento de competências ao nível do autoconhecimento. Estas reflexões foram partilhadas informalmente com EEESMP que me orientou e com outros elementos da equipa com quem estabeleci uma boa relação, assim como em documentos formais que constituíram o meu Diário de Estágio. Alguns excertos destas reflexões podem ser consultados no APÊNDICE 12.

- **Equipa de Gestão de Altas**

Para além do acompanhamento à equipa do SAD, pude igualmente acompanhar a Equipa de Gestão de Altas, ainda que de forma esporádica, já que esta não constituía a área central para o desenvolvimento do meu projeto de estágio.

Acompanhar os seus profissionais nas suas atividades e intervenções permitiu-me contactar com o processo de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Integrados, adquirindo uma maior compreensão dos procedimentos e instrumentos de avaliação envolvidos, dos critérios e das necessidades das pessoas referenciadas, bem como dos recursos comunitários disponíveis, os seus objetivos e tipologias.

Apesar de se terem tratado de contactos breves, foram o mote para a reflexão sobre questões tão relevantes como a vulnerabilidade do ser humano doente, a dependência e a morte – para o outro mas também para mim. Estas reflexões foram partilhadas no imediato com a EEESMP, mas também elaboradas num registo formal sob a forma de Diário de Estágio. Um dos excertos relativos a esta experiência na Equipa de Gestão de Altas pode ser consultado no APÊNDICE 13.

- **Promoção da Autoestima da Pessoa com Necessidade de Cuidados Paliativos**

Tendo em conta a prevalência do diagnóstico de autoestima diminuída nas pessoas acompanhadas pela equipa do SAD, considerou-se adequada a formulação de um projeto de intervenção individual dirigido a este diagnóstico.

Após as semanas iniciais de contacto com o contexto, seleccionou-se uma cliente com manifestações clínicas de baixa autoestima, ansiedade, tristeza e história prévia de ideação suicida após o início da doença oncológica. Como intervenção especializada delineou-se um projeto baseado na mobilização da terapia da reminiscência, após a realização de uma pesquisa bibliográfica que permitiu fundamentar a adequação desta intervenção no cuidado

à pessoa com necessidade de cuidados paliativos e garantir o respeito pelos princípios éticos fundamentais no cuidado a uma população reconhecidamente vulnerável.

Dessa pesquisa destaca-se a revisão sistemática da literatura conduzida por Keall, Clayton & Butow (2015), incluindo apenas estudos com metodologia quantitativa, segundo a qual existe evidência de que a terapia da reminiscência constitui uma estratégia de intervenção com efeitos positivos nas dimensões existencial e espiritual das pessoas em cuidados paliativos. Nesta revisão, apurou-se que em 11 de um total de 14 artigos - resultantes de uma pesquisa alargada a publicações entre 1993 e 2014 – verificaram-se resultados positivos e estatisticamente significativos nos referidos domínios, após a implementação de estratégias de intervenção no âmbito da terapia da reminiscência. Ao contrário do verificado em estudos relativos à intervenção com pessoas idosas (Chiang, Lu, Chu, Chang, & Chou, 2008; Meléndez-Moral, Ruiz, Rodríguez, & Galán, 2013; Meléndez-Moral, Terrero, Galán, & Rodríguez, 2015; Pishvaei, Moghanloo, & Moghanloo, 2015; Preschl, et al., 2012; Wu, 2011), no contexto de cuidados paliativos as intervenções foram desenvolvidas maioritariamente em contactos individuais, apesar de também se ter verificado a existência de uma intervenção em grupo e de uma intervenção com a díade pessoa doente - cuidador. O estudo de Allen et al. (2008) demonstrou que a realização de terapia da reminiscência com esta díade favorece a comunicação entre os envolvidos, aumenta a interação social para a pessoa doente e reduz o nível de *stress* do cuidador.

A construção de um legado, a ser entregue aos familiares ou pessoas significativas antes ou após a morte (Donato, Matuoka, & Yamashita, 2016), pode constituir uma atividade relevante no âmbito da terapia da reminiscência em fim de vida e inclui a elaboração de um objeto significativo que pode assumir diversas formas: cassetes gravadas, álbuns de memórias, livros de recortes e fotografias, entre outros (Allen et al., 2008).

Apesar da evidência apresentada, foram várias as condicionantes que infelizmente limitaram a aplicabilidade da intervenção com terapia da reminiscência junto da cliente em questão. Para isso contribuiu a inexistência de motoristas em número suficiente, o que impediu que eu pudesse permanecer no domicílio da cliente para além do tempo atribuído à sua visita domiciliária regular, bem como a própria condição de doença e o seu agravamento rápido ao longo do meu período de estágio. A existência de sintomas físicos descontrolados, como a dispneia acentuada e a dor, limitaram também a disponibilidade da cliente para a realização de atividades formais de reminiscência.

Apesar destas limitações, considero que tive a flexibilidade necessária para reformular os meus objetivos, de acordo com a identificação que fiz das necessidades mais imediatas da cliente. Este aspeto permitiu-me investir na construção e aprofundamento da relação terapêutica com a mesma, mobilizando os princípios de intervenção da relação de ajuda. Do acompanhamento desta cliente resultou a realização de um Estudo de Caso que pode ser consultado no APÊNDICE 14.

Tendo em conta as limitações apresentadas, a intervenção junto da cliente em questão foi preferencialmente desenvolvida em conjunto com a restante equipa multidisciplinar e, em particular, com os enfermeiros especialistas da mesma. Através da participação nas visitas domiciliárias diárias realizadas à cliente e à sua família, foi possível intervir nos diagnósticos de dor, dispneia, gestão do regime medicamentoso comprometida, ansiedade, autoestima diminuída, desempenho de papéis comprometido e luto antecipatório. A intervenção nestes diagnósticos permitiu limitar o impacto negativo da progressão de uma doença oncológica grave e incurável. A título de exemplo, as intervenções realizadas no âmbito da promoção de uma gestão eficaz do regime medicamentoso – em parceria com a equipa médica – permitiram, não só uma maior autonomia da cliente na gestão da medicação prescrita, como um maior controlo sintomático da dor e da dispneia, com redução da ansiedade associada.

Para além das referidas intervenções – realizadas em contactos conjuntos com a restante equipa – foi ainda possível promover alguns momentos de acompanhamento individual com a cliente. Nestes recorreu-se aos princípios da relação de ajuda para a intervenção nos diagnósticos de autoestima diminuída, ansiedade e luto antecipatório, privilegiando as temáticas trazidas espontaneamente para o *setting* terapêutico pela cliente – incluindo ao impacto da doença no seu sistema conjugal e familiar, o futuro da filha menor e a própria morte.

#### ▪ **Formação**

No final do Módulo 3 tive a oportunidade de apresentar à equipa de enfermagem uma formação sobre a utilização da terapia da reminiscência no contexto de cuidados paliativos. Esta atividade permitiu-me dar resposta a algumas das competências preconizadas para o EEESMP no que respeita a formação entre pares, através da divulgação de resultados da investigação recente, com aplicabilidade clínica na sua área específica de prestação de cuidados. Esta apresentação foi realizada sob o formato PowerPoint e pode ser consultada no APÊNDICE 15. Para além da apresentação em si, também a discussão sobre os dados da

mesma foi enriquecedora, permitindo a reflexão conjunta com enfermeiros com experiência na área, tendo em conta as suas perspetivas face à aplicação prática da intervenção.

Ao longo do percurso de estágio participei ainda em vários eventos científicos centrados na temática do luto, de reconhecida relevância no âmbito dos Cuidados Paliativos. Estes eventos incluíram a presença no VI Congresso “O Luto em Portugal”, no I Congresso Luso-Brasileiro do Luto (ANEXO 8) e no 11<sup>th</sup> International Conference on Grief and Bereavement (ANEXO 9). Neste último, participei, com a colaboração da Professora Doutora Helena José e do Professor Doutor Manuel Luís Capelas, com a apresentação do *poster* científico “*Does humor help? A correlational study on nurses'sense of humour and professional grief*” (APÊNDICE 16). Apesar de estas atividades não terem sido desenvolvidas especificamente no contexto do meu percurso de especialização, considero que a sua inclusão neste capítulo é adequada porque, não só representa uma continuidade face ao meu projeto de desenvolvimento pessoal, profissional e académico, como contribuiu para o desenvolvimento das competências preconizadas para o grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

### **3. AVALIAÇÃO CRÍTICA DO PERCURSO DE ESTÁGIO**

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2011), os EEESMP são profissionais especializados que detêm competências específicas da sua área de intervenção. O processo de especialização pretende-se potenciador do desenvolvimento destas competências, embora a experiência profissional posterior seja naturalmente necessária para o seu aprofundamento e aperfeiçoamento contínuo.

Também a UCP preconiza, no seu Guia da Unidade Curricular “Estágio”, várias competências, que, apresentando um conteúdo funcional mais explícito, podem ser também facilmente enquadradas nos quatro grandes grupos de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

#### **3.1. Autoconhecimento e Capacidade Reflexiva**

*“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa a enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”.*

Neste domínio, a UCP define como competências a procura ativa e contínua pelo próprio desenvolvimento pessoal e profissional e a reflexão contínua sobre a prática clínica.

Ao longo do percurso de estágio considero ter desenvolvido esta competência em todos os contextos, de forma aprofundada e abrangendo vários domínios do conhecimento sobre mim própria. De acordo com Peplau (1990), cada enfermeiro tem o dever de procurar conhecer-se porque é esse grau de autoconhecimento que determina a compreensão que o mesmo pode alcançar do outro e dos problemas que afetam o seu funcionamento. Também Chalifour (2008) refere que todas as pessoas – clientes e profissionais de saúde – têm processos psicológicos que influenciam os seus comportamentos, acrescentando que a reflexão, enquanto forma de nos questionarmos, é essencial para tornar estes processos mentais mais conscientes e, consequentemente, mais facilmente controláveis.

Esta competência foi desenvolvida através da partilha com os pares e da realização diária de registos reflexivos – após cada dia de contacto com os contextos de estágio – analisando as situações vividas de forma particularmente significativa, procurando nomear os sentimentos e pensamentos envolvidos, reconhecendo o seu impacto nos comportamentos por mim assumidos e formulando hipóteses sobre o seu impacto no outro de quem cuido. Permitir-me realizar reflexões aprofundadas sobre mim própria não foi um processo inócuo mas sim potenciador de mudanças internas, com o reconhecimento de novos aspetos de mim até então menos conscientes. No entanto, reconheço que, por me ter disposto a este processo, sou hoje uma enfermeira com maior competência para cuidar, por reconhecer com mais clareza a pessoa que sou.

Ao longo deste percurso pude aprofundar o conhecimento de mim, identificando sistematicamente características pessoais, pensamentos, sentimentos e comportamentos envolvidos em diferentes situações. Destaco o que aprendi sobre a forma como posiciono no cuidado ao outro, sobre os meus preconceitos, sobre as minhas dificuldades e as competências que domino com mais facilidade, sobre a necessidade de controlo de que me apercebi em tantas situações e sobre o medo da doença, da morte e, de forma genérica, da perda.

### **3.2. Intervenção na Otimização e na Recuperação da Saúde Mental**

*“b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, famílias, grupos e comunidades na otimização da saúde mental”.*

*“c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”.*

Ao longo dos vários módulos do estágio pude desenvolver competências nestes domínios, através da realização de várias atividades distintas. A otimização da saúde mental foi uma competência transversal a todos os contextos, desde a intervenção na crise, à intervenção em hospital de dia, mas sobretudo no acompanhamento domiciliário a pessoas com doença grave e incurável e às suas famílias. No que respeita à intervenção na recuperação da saúde mental, é possível afirmar que estas competências foram desenvolvidas com particular ênfase nos módulos 1 e 2.

O desenvolvimento destas competências tão abrangentes decorreu do investimento teórico no aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização, através de pesquisas

bibliográficas frequentes que me permitissem compreender os fenómenos em causa e tomar decisões clínicas fundamentadas em evidência científica. Para este aspeto contribuiu também a participação em formações de curta duração, como congressos, *workshops* e cursos, que me permitiram contactar diretamente com a divulgação científica e a sua discussão pública. Para além disso, pude também eu sistematizar evidência disponível e apresentá-la a audiências especializadas, como se verificou com a apresentação de uma comunicação livre e de um póster científico em eventos de relevo. Num registo menos formal, também junto das equipas que me acolheram pude retribuir com a partilha de conhecimentos e estratégias de intervenção com aplicabilidade na sua área de cuidados.

Este investimento permitiu-me responder a outras competências também definidas pela UCP, nomeadamente a capacidade de formular questões e analisar problemas de forma crítica e sistemática, gerindo a informação proveniente da minha formação e da minha experiência para produzir um discurso fundamentado e crítico face a questões desta área de especialização. São exemplo de atividades realizadas para o desenvolvimento destas competências, as intervenções que desenvolvi com aqueles de quem cuidei e os estudos de caso que resultaram desse mesmo investimento. Mais do que exercícios descritivos, são o resultado da mobilização de todas estas competências para uma análise das características únicas de cada cliente ou grupo, para a tomada de decisão e para a implementação de intervenções que constituam uma mais-valia para a saúde mental.

Ao longo do meu percurso desenvolvi com particular ênfase o foco de enfermagem Autoestima, trabalhando de forma transversal a todos os módulos do Estágio o diagnóstico de Autoestima Diminuída. Aprofundei e implementei várias intervenções, individuais e grupais, promotoras de autoestima, sustentadas na evidência científica disponível – incluindo psicoeducação, o treino de competências sociais, a terapia cognitivo-comportamental e a terapia da reminiscência, entre outras. Verificaram-se resultados genericamente positivos, com melhoria do diagnóstico, tendo sido possível promover em muitos dos clientes o autoconhecimento, a identificação de qualidades, conquistas e competências, o aumento da confiança em si e da autoeficácia, a capacidade de aceitação do elogio e da crítica, a satisfação nas relações interpessoais e o estabelecimento de objetivos realistas para o futuro

Tendo em conta as atividades descritas, considero que também estes grupos de competências foram desenvolvidas com sucesso.

### **3.3. Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico, Socioterapêutico, Psicossocial e Psicoeducacional, para Manter, Melhorar e Recuperar a Saúde**

*“d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.*

Por fim, no que respeita à última grande competência, pude também desenvolvê-la em todos os módulos do estágio, com particular ênfase nos módulos 1 e 2. Algumas atividades contribuíram para a consecução dos meus objetivos relativos à implementação deste conjunto de intervenções especializadas, nomeadamente a intervenção individual em contexto de crise com recurso à relação de ajuda e à mobilização de técnicas da terapia cognitivo-comportamental; à implementação junto do grupo de clientes em internamento de um projeto de intervenção de promoção da autoestima com intervenções fundadas na psicoeducação, nas dinâmicas de grupo e nas atividades expressivas com materiais diversos; ao acompanhamento de um grupo de adultos num hospital de dia de Psiquiatria com recurso a grupos terapêuticos, treino de competências sociais, escrita criativa, entre outros; e à intervenção junto de um grupo de Psicogeriatria com recurso à terapia da reminiscência.

Transversal a todos os módulos, e essencial para a prestação destes cuidados, foi o desenvolvimento de competências comunicacionais. Estas constituem um exercício de grande complexidade mas de um investimento essencial, já que é através da comunicação que podemos investir na construção de relações terapêuticas com os clientes e as famílias de quem cuidamos. Destas competências, Lazure (1994) destaca a importância da escuta ativa e da empatia. A escuta ativa é essencial na relação de ajuda porque é através dela que acedemos à experiência do outro e o podemos ajudar a identificar as suas emoções, problemas e recursos, bem como a elaborar um plano de ação. Acrescenta-se ainda que a empatia permite a centralidade da relação no outro, já que implica que o enfermeiro se descarte temporariamente o seu quadro de referência, afastando aquilo que é seu e centrando-se totalmente no outro, na sua vivência e no seu próprio sofrimento, tal como ele é experienciado (Lazure, 1994; Phaneuf, 2005).

Para além da aquisição de um diploma de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, espera-se que este percurso permita igualmente a aquisição do grau de Mestre na mesma área da Enfermagem. De acordo com a Direção-Geral do Ensino Superior



(DGES), o Mestrado é conferido pela discussão e aprovação, num momento formal de defesa pública, de uma dissertação, de um trabalho de projeto ou de um relatório de estágio. O percurso por mim realizado enquadra-se naturalmente na terceira e última opção, acrescentando-se ainda que este foi sustentado de forma contínua e consistente em procedimentos de pesquisa da melhor evidência científica disponível, de investigação com recurso à metodologia do estudo de caso, na mobilização de referenciais teóricos específicos da disciplina de Enfermagem e na sua aplicação para o desenvolvimento de competências essenciais à decisão clínica, intervenção e avaliação dos resultados obtidos.

Tendo em conta a análise global do percurso de estágio e a avaliação das competências preconizadas para o EEESMP, considero que desenvolvi um percurso positivo, ainda que este constitua apenas um bom ponto de partida para um futuro aprofundamento contínuo das competências analisadas.



#### 4. CONCLUSÃO

Há cinco anos atrás ocupei umas curtas férias de verão a ler a biografia de Hildegard Peplau, Conhecer a vida desta enfermeira, tão dedicada à clínica quanto à vida académica, pioneira no entendimento da saúde e da doença mental e do valor que os enfermeiros poderiam ter no cuidado a estas pessoas, foi um dos primeiros passos que, ainda sem saber, me levariam a que eu própria quisesse saber e aprender mais. Impressionou-me a sua metodologia, os diários que insistia para que as suas alunas escrevessem após as entrevistas com aqueles de quem cuidavam e imaginei como teria sido se tivesse tido eu própria a oportunidade de viver nesse tempo essas experiências de aprendizagem tão ricas e, à época, inovadoras. Em 2016 decidi que havia chegado a altura de as viver, motivo pelo qual concorri ao Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ao redigir este relatório apercebo-me que o tempo passou rápido, talvez por ter sido tão rico nas experiências e aprendizagens por que tanto ansiava. Não foi um percurso fácil, mas foi certamente com as suas dificuldades que pude crescer enquanto pessoa e enfermeira. Através deste percurso tive contacto com várias áreas do cuidado de enfermagem especializado na saúde e na doença mental. Comecei pelo internamento, onde contactei de perto com pessoas em situação de crise. Fui desafiada pela impulsividade, pelo dinamismo dos delírios e alucinações e pela ausência de crítica, mas surpreendi-me com os efeitos terapêuticos de um conjunto de intervenções que vão lentamente permitindo o (re)conhecimento e o controlo da pessoa sobre a sua doença. Seguiu-se o período de estágio no hospital de dia, onde vivi cada dia com a ansiedade e o entusiasmo associado à intervenção com grupos de pessoas com patologia psiquiátrica ou da personalidade. Recordo as dificuldades dos primeiros tempos e reconheço que me superei em desafios que não me sabia capaz de ultrapassar. Por fim, chegou o último módulo e aquele que, tendo sido uma escolha minha porque o queria para mim como estímulo e continuidade daquilo em que tenho investido, era também o que mais temia por ter medo de não o conseguir superar. No final, cresci com cada casa onde entrei com sacrifício pelas condições precárias, com cada pessoa doente de quem cuidei, com cada

família que vi sofrer no luto de quem antecipa a perda e com cada reflexão que fiz sobre a doença e a morte, mas também sobre a vida.

Abracei a autoestima como tema central para este projeto e desde o primeiro momento que soube que não se tratava de uma escolha aleatória. O valor que nos atribuímos influencia largamente aquilo que consideramos ser capazes de fazer com a nossa vida e os seus desafios, as relações que construímos e a forma como nos posicionamos no mundo. Os enfermeiros, e em particular os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, podem assumir um papel relevante na implementação de intervenções promotoras de autoestima, com um impacto significativo na vida daqueles de quem cuidam. Promover a autoestima das pessoas com doença mental e a daquelas que por doença física veem a sua saúde mental ameaçada, foi uma experiência tão desafiante como verdadeiramente gratificante.

Ao longo deste percurso, que considero ter sido construído à medida das minhas necessidades e desejos, pude desenvolver várias competências que respondem aos critérios do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2011) e que, por isso, tornam legítima a apresentação deste relatório enquanto matéria para discussão e análise.

Trabalhei de forma transversal a todos os módulos do estágio a minha capacidade reflexiva, tomando uma maior consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, o que me permitiu reconhecer e dominar o que se move em mim em diferentes situações de cuidado. Através das várias intervenções presenciadas ou apresentadas por mim própria nos contextos de estágio, desenvolvi competências de intervenção na otimização da saúde mental e na sua recuperação, entendendo o cliente como um sistema único, enquadrado num sistema familiar mais abrangente mas indissociável de si. O modelo de Sistemas de Betty Neuman e os pressupostos da Teoria de Enfermagem Interpessoal de Peplau permitiram, em conjugação, compreender a autoestima no percurso do desenvolvimento psicossocial, mobilizar estratégias de comunicação para a construção de relações terapêuticas e implementar intervenções promotoras de autoestima, tendo em conta a perspetiva sistémica do cliente. Por fim, o desenvolvimento de competências para a mobilização de intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional foi também trabalhado ao longo de todo o estágio, a partir das várias intervenções com que contactei e daquelas que mobilizei própria, com base na revisão da literatura que sustentou todo o percurso de estágio.

Destas destaco a psicoeducação, o treino de competências sociais, a terapia cognitivo-comportamental e a terapia da reminiscência.

Terminar este relatório representa simbolicamente o fim deste percurso. É o reflexo de tudo aquilo em que investi com determinação para me poder tornar Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Olho para trás e vejo com clareza um caminho cheio de curvas, recheado de pessoas, momentos e experiências significativas, mais difíceis do que fáceis, mas que tanto me ajudaram a crescer. Existem desafios superados e outros que talvez esperassem melhor resposta. Mas olho em frente e sei que o maior caminho é aquele que ainda está por vir.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2015). *Quando a mente adoece - uma introdução à psiquiatria e à saúde mental* (1ª ed.). Cascais: Príncípia.
- Allen, R., Hilgeman, M., Ege, M., Shuster, J., & Burgio, L. (2008). Legacy activities as interventions approaching the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 11(7), pp. 1029-1038.
- Alves, A., & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), pp. 127-131.
- Amaral, A. C. (2010). *PESM - Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 : manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Arrais, P. (2014). Tema III Autoestima. Em C. Oliveira, P. Arrais, & S. Ladeiro, *Guia prático de empoderamento e capacitação* (pp. 83-121). Vila Real: EAPN Portugal / Núcleo Distrital de Vila Real.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos - Recomendações da ANCP*. Obtido de [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf)
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (s.d.). *Equipas de Cuidados Paliativos*. Obtido em 1 de Setembro de 2014, de Web site da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/equipasdecuidadospaliativos.html>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (s.d.). *FAQ*. Obtido em 30 de Janeiro de 2018, de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: <http://www.apcp.com.pt/faq.html>

- Baumeister, R., Campbell, J., Krueger, J., & Vohs, K. (Maio de 2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1).
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), pp. 402-407.
- Branden, N. (1995). *Six Pillars Of Self Esteem*. New York: Random House USA Inc.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Butler, R. (1963). The Life-review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, pp. 65-76.
- Cappeliez, P., O'Rourke, N., & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later in life. *Aging and Mental Health*, 9(4), pp. 295-310.
- Centre For Reviews And Dissemination. (2009). *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York: University of York.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica - Os fundamentos existenciais-humanistas da relação de ajuda (Volume 1)*. Loures: Lusodidacta.
- Chang, S., Fang, M., & Chang, H. (2010). Enhancing three bliss concepts among nursing homes elders in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19, pp. 682-690.
- Chiang, K.-J., Lu, R.-B., Chu, H., Chang, Y.-C., & Chou, K.-R. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, pp. 7-10.
- Chin, A. (2007). Clinical effects of reminiscence therapy in older adults: a meta-analysis of controlled trials. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 17(1), pp. 10-22.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl III), pp. 47-50.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal*. Obtido de <http://www.sppsm.org/wp->



content/uploads/2011/06/RELAT%C3%AERIOFINALComiss%C2%8Bo-ree-  
strutura%C3%A7%C3%A3oSM\_ABRIL2007.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem : CIPE versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Correia, D. T. (2014). *Manual de Psicopatologia* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.

Diário da República, 2ª série, nº 122. (25 de Junho de 2015). Regulamento nº 356/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*.

Diário da República, 2ª série, nº 35. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento nº 129/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*.

Donato, S., Matuoka, J., & Yamashita, C. (2016). Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 50(6), pp. 1014-1024.

Dookie, A. (2013). Perspectives of Animal Assisted Activities on empowerment, self-esteem and communication with caregivers on elders in retirement homes. *Activities, Adaptation & Aging*, 37(3), pp. 189-212.

Driever, M. J. (1976). Problem of low self esteem. Em C. Roy, *Introduction to nursing: an adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

England, M. (2007). efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(2), pp. 69-76.

Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W.W.Norton.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1(XXVI), pp. 101-110.

Guerra, M., & Lima, L. (2005). *intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.

- Guerra, M., & Lima, L. (2005). *intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Guillon, M. S., Crocq, M.-A., & Bailey, P. E. (2003). The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents. *European Psychiatry*, 18(2), pp. 59-62.
- Hallford, D. J., & Mellor, D. (2016). Brief reminiscence activities improve state well-being and self-concept in young adults: a randomised controlled experiment. *Memory*, 24(10), pp. 1311-1320,.
- Hallford, D., Mellor, D., & Cummins, R. (2013). Adaptive autobiographical memory in younger and older adults: the indirect association of integrative and instrumental reminiscence with depressive symptoms. *Memory*, 21(4), pp. 444-457.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions - versao 5.1.0*. Obtido em 12 de Julho de 2017, de <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
- Huang, H., Chen, Y., Chen, P., Hu, S., Liu, F., Kuo, Y., & Chiu, H. (2015). Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People With Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *JAMDA Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 16(12), pp. 1087-1194.
- Johnson, M. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Keall, R., Clayton, J., & Butow, P. (2015). Therapeutic life review in palliative care: a sistematic review of quantitative evaluations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(4).
- Kim, S., & Kim, S. (June de 2007). Interpersonal caring: a theory for improved self-esteem in patients with long-term serious mental illness - I. *Asian Nursing Research*, 1(1), pp. 11-22.
- Kunikata, H., Mino, Y., & Nakajima, K. (2006). Factors affecting WHOQOL-26 in community-dwelling patients with schizophrenia. *Japanese Journal of Public Health*, 53, pp. 301-309.

- Kunikata, H., Yoshinaga, N., Shiraishi, Y., & Okada, Y. (2016). Nurse-led cognitive-behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study. *Japan Journal of Nursing Science*, 13, pp. 355-364.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda - abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Loures: Lusodidacta.
- Lohan, A., & King, F. (2016). Self-esteem: defining, measuring and promoting and elusive concept. *REACH Journal of Special Needs Education in Ireland*, 29(2), pp. 116-127.
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (Dezembro de 2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), pp. 597-611.
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Manes, S. (2007). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. Lisboa: Paulus Editora.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Meléndez-Moral, J., Ruiz, L., Rodríguez, T., & Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25(3), pp. 319-323.
- Meléndez-Moral, J., Terrero, F., Galán, A., & Rodríguez, T. (2015). Effect of reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), pp. 240-247.
- Miller, D., Topping, K., & Thurston, A. (2010). Peer Tutoring in Reading: The Effects of Role and Organization on Two Dimensions of Self-Esteem. *British Journal of Educational Psychology*, 80(3), pp. 417-433.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Muniz, J. R., & Eisenstein, E. (2009). Genograma. informações sobre a família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), pp. 72-79.
- NANDA International. (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA : definições e classificação - 2015-2017* (10ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Nath, B., Baruah, A., & Ahmed, N. (2015). A study to assess the effectiveness of planned exercise programme in patients with schizophrenia. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, 6, pp. 28-34.
- Neuman, B. (1995). *The neuman systems model* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Ordem dos Enfermeiros. (Outubro de 2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna: catálogo de classificação para a prática de enfermagem*. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE\\_Cuidados%20Paliativos.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_Cuidados%20Paliativos.pdf)
- Orth, U., Robins, R., & Widaman, K. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, pp. 1271-1288.
- Orth, U., Trzesniewsky, K., & Robins, R. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, pp. 645-658.
- Ozkan, B., Menten, S., Ozturk, A., & Soyuer, S. (2014). Effects of follow-up by phone interview and anger management training provided to patients with breast cancer undergoing radiotherapy on levels of self-esteem, anger and depression. *International Journal of Hematology and Oncology*, 4(24), pp. 260-269.
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiates, C., & Vieira, R. (2011). Validação da escala de autoestima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25, pp. 174-179.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Mallorca: Salvat Editores.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Pishvaei, M., Moghanloo, R., & Moghanloo, V. (2015). The efficacy of treatment reminders of life with emphasis on integrative reminiscence on self-esteem and anxiety in widowed old men. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(1), pp. 19-24.
- Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, R., Alcañiz, M., . . . Botella, C. (November de 2012). Life-review therapy with computer supplements for

- depression in the elderly: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 16(8), pp. 964-974.
- Rickerson, E., Somers, C., & Allen, C. (2005). How well are we caring for caregivers? Prevalence of grief-related symptoms and need for bereavement support among long-term care staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(3), pp. 227-233.
- Rijo, D., Sousa, M., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M., . . . Massa, S. (2007). *G.P.S. Gerar Percursos Sociais - Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento social desviante*. Ponta Delgada: EQUAL .
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Saavedra, M., Gamboa, T., & Cuadros, L. (s.d.). Culto andino a la muerte en los cementerios de Lima Metropolitana. *Revista de Antropología*, pp. 232-332.
- Sampaio, F. (2010). A auto-estima na pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4, pp. 31-37.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (Abril de 2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1 (ESPECIAL), pp. 103-108.
- Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, pp. 253-268.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro doente*. Loures: Lusociência.
- Seo, J., Ahn, S., Byun, E., & Kim, C. (2007). Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6), pp. 317-326.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.

- Silverstone, P., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(2).
- Soniya, G. (Abril de 2015). Reminiscence Therapy to Reduce Depression Among Elderly. *International Journal of Nursing Education*, 7(2), pp. 160-164.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.
- Universidade Católica Portuguesa. (Abril de 2017). Guia de Estágio - Curso de Mestrado em Enfermagem (Natureza Profissional), área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Lisboa.
- Webster, J., Bohlmeijer, E., & Webster, E. (2010). Mapping the future of reminiscence: a conceptual guide for research and practice. *Research on Aging*, 32(4), pp. 527-564.
- Westerhof, G., Bohlmeijer, E., & Webster, J. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30, pp. 697-721.
- Wilson, C., Tetley, J., Healey, J., & Wolton, R. (2011). The best care is like sunshine: accessing older people's experiences of living in care homes through creative writing. *Activities, Adaptation & Aging*, 35(1), pp. 1-20.
- Wong, P., & Watt, L. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6, pp. 272-279.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005, Apr 18). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- World Health Organization. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Obtido de WHO: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Wu, L.-F. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalized older veterans. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 2195-2203.

- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3<sup>a</sup> ed.). New York: Basic Books, Inc.
- Zhou, W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, H., & Zhang, C. (2012). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, pp. 440-447.
- Zimerman, D. (1993). *Fundamentos Básicos da Grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimerman, D., & Osório, L. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.





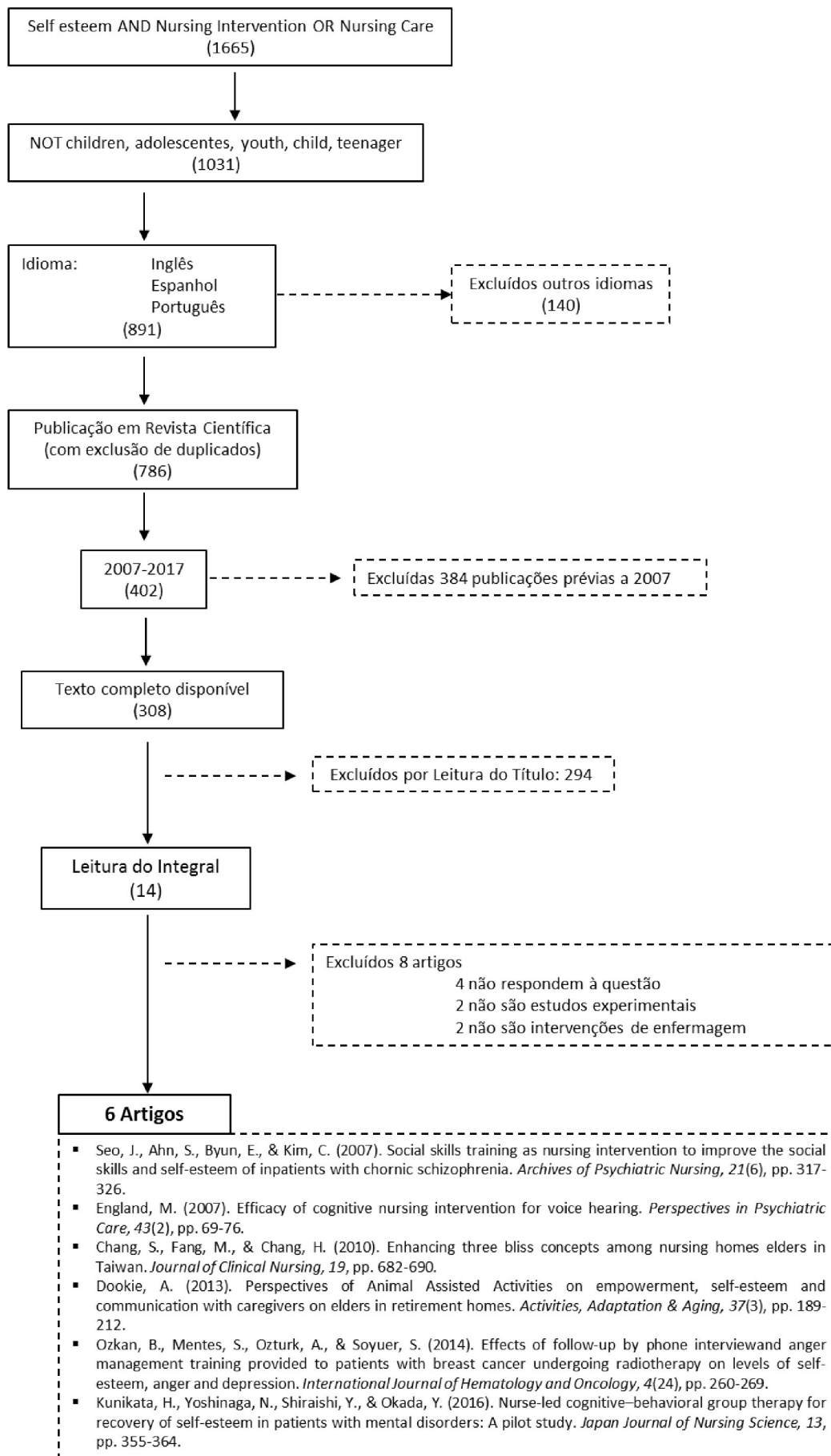
# APÊNDICES



# **APÊNDICE 1**

**PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS**







# **APÊNDICE 2**

**MÓDULO 2 – REFLEXÃO SOBRE AS SESSÕES CLÍNICAS**





## **DIA 11 – OS INTELIGENTES TAMBÉM ADOECEM**

Hoje comecei o dia numa sessão clínica multidisciplinar. Apresentou-se a história de um homem de 30 anos de idade, com o diagnóstico médico de esquizofrenia, atualmente em acompanhamento no Hospital de Dia. Apesar dos múltiplos ajustes terapêuticos e da psicoterapia individual e de grupo, o Sr. H. mantinha um delírio com grande dinamismo. Havia concluído o 5º ano do curso de Medicina Veterinária mas, após uma rotura amorosa que parecia ter sido vivida de forma particularmente dolorosa, tinha iniciado um quadro de alucinações auditivo-verbais e de ideação delirante de conteúdo místico e persecutório, que havia culminado numa tentativa de suicídio.

Uma vez apresentada a sua história, o Sr. H. foi chamado para a sala onde o esperavam cerca de 30 profissionais de saúde. No momento em que o vi entrar e sentar-se, senti admiração por aquele homem que, apesar de parecer algo ansioso, se dispunha a expor a intimidade da sua história de vida perante uma tão grande plateia. Tive a oportunidade de estar sentada na segunda fila, o que me permitiu (para além de escutar as palavras que constituíram a dinâmica de questões e respostas ao longo da entrevista), observar de perto as expressões corporais dos seus intervenientes e associá-las ao que era verbalmente expresso, identificando intencionalidades e (in)congruências.

O Sr. H. era um homem inteligente, que sofria com os sintomas positivos da sua esquizofrenia. Parecia ansioso por se expressar e fazer-se entender, como se quisesse que também nós, presentes naquela sala para o ouvir, conseguíssemos alcançar a lógica que havia encontrado para aquilo em que acreditava. Ouvi-o dizer com angústia, *“Eu sei que vocês não acreditam. Eu também não acreditava, mas isto faz tudo sentido. Se não houvesse uma lógica, eu deixava de acreditar mas assim não posso”*. Identificava uma série de eventos da sua vida e ligava-os por um número em comum, um gesto ou uma palavra de alguém. Esta lógica parecia tão clara, que o Sr. H. era capaz de se expressar com um discurso fluido, trabalhado e argumentativo, expondo toda a angústia de acreditar profundamente em algo que lhe fazia sentido, mas que a todos os outros pareciam insensíveis. Verbalizava vontade de regressar aos estudos superiores e concluir essa parte do seu projeto de vida. Não pude deixar de pensar que a principal responsável pelo sofrimento com que vivia a doença era a sua inteligência, que lhe permitia tão claramente encontrar uma lógica no ilógico. A ideia de que a inteligência pode trazer sofrimento assaltou-me novamente umas horas mais tarde, desta vez sob a forma de um poema partilhado pela Sra. D.<sup>a</sup> T. (de quem falei no Dia 10 -

Como quem regressa à realidade). No final da manhã realizou-se, conforme o plano semanal de intervenções psicoterapêuticas do serviço, uma reunião comunitária, na qual se abordaram as vivências dos utentes durante o internamento, as suas necessidades, sentimentos e perspetivas de alta. A Sra. D.<sup>a</sup> T., sentada num cadeirão ligeiramente afastada do grupo, levantou a mão para pedir licença para falar e foi-lhe dada a palavra. Apresentava um certo grau de disartria, bradifemia e alguma lentificação psicomotora, mas fez questão de intervir para partilhar a sua história. Contou ao restante grupo que sempre tinha sido uma boa aluna - *“Tinha 5 a todas as disciplinas. Diziam que eu era muito inteligente”* - e que um dia, tinha sido atropelada por um autocarro, ficando internada em coma numa unidade de cuidados intensivos. Tinha ficado com sequelas neurológicas e motoras, e tinha sido depois deste evento que começara a ter algumas alterações do humor, do pensamento e do comportamento que tinham conduzido ao diagnóstico médico de doença bipolar. *“Eu sou bipolar. É uma doença que tem uma parte hereditária. A minha mãe infelizmente também tinha esta doença. Foi depois do acidente que eu fiquei com esta doença. Ou se calhar ela já estava lá e eu fiquei mais vulnerável”*. Todos na sala faziam silêncio para a ouvir. Senti-me surpreendida com a informação que a utente, no meu preconceito aparentemente ainda tão limitada e desorganizada, era capaz de verbalizar sobre a sua própria doença. A Sra. D.<sup>a</sup> T. leu, em seguida, um poema escrito por si. Recitou as suas palavras rimadas, pensadas de forma ponderada para encaixarem entre si, com a lentidão que a sua condição permitia, mas a verdade é que nem aqueles utentes que costumam estar mais inquietos se mexeram, falaram ou saíram da sala. O poema falava sobre a imprevisibilidade da vida, sobre o querer ser algo que já não se pode ser e sobre expectativas defraudadas por coisas inesperadas que acontecem na nossa vida sem sabermos como nem porquê. No fim, todos bateram palmas, e eu também. Acabara de receber uma grande lição.

Hoje aprendi algo que sempre soube, mas que sei que me custa a acreditar porque implica o reconhecimento da minha própria vulnerabilidade: a doença mental não se intimida com a educação, quocientes de inteligência ou níveis de diferenciação académica e profissional. Na verdade, quando decide aparecer na vida de alguém, a inteligência pode ser um recurso que permite a compreensão da doença e a expressão de sentimentos complexos, mas pode também assumir-se como uma ameaça, causadora de sofrimento e desespero, na busca incessante de um sentido que nunca poderá ser encontrado.

# **APÊNDICE 3**

**MÓDULO 2 – REFLEXÃO SOBRE A REUNIÃO DE EQUIPA  
MULTIDISCIPLINAR**



## **DIA 6 – PARA CADA DISCIPLINA, UM FOCO DISTINTO**

Esta semana começou com a oportunidade de estar presente numa reunião de equipa: uma reunião semanal, realizada entre todos os elementos da equipa médica, a assistente social do serviço e apenas um enfermeiro, selecionado pela enfermeira chefe para estar presente.

Os vários profissionais sentam-se numa sala pequena, em forma de semicírculo, em redor do médico responsável do serviço, que assume um lugar de destaque na sua secretária. Todos os doentes do serviço são apresentados de forma breve pelo respetivo médico assistente e discutem-se diagnósticos médicos, regimes terapêuticos (sobretudo farmacológicos) e percursos de evolução clínica. Antecipam-se necessidades e tentam planear-se altas, que parecem ser dadas de forma ponderada, mas sem a ingenuidade de pensar que novas situações de crise não se possam vir a repetir num futuro, mais ou menos próximo. Trocam-se palavras como quem assume que, para alguns, o reinternamento é quase certo mas, apesar de me aperceber de algum ceticismo, várias ideias são postas em cima da mesa na tentativa de encontrar a resposta mais adequada no aqui e agora, para aquela pessoa em particular, com as condições e condicionantes do presente. Não se discutem opções num plano geral. Tudo é concreto e verdadeiramente contextualizado.

No meu contexto profissional não existem reuniões multidisciplinares e sinto, frequentemente, que os enfermeiros e as suas intervenções são pouco valorizados. O domínio da tecnologia enche os meus dias de uma miríade de intervenções interdependentes e as intervenções autónomas parecem-me muitas vezes limitadas, de uma forma que reconheço que me causa frustração. Foi, por isso, gratificante observar este movimento de um trabalho que, pelo menos, se tenta fazer em equipa e ouvir palavras de valorização profissional e integração do juízo clínico dos enfermeiros (“os enfermeiros dizem que não tem dormido bem”; “de acordo com os enfermeiros, tem estado mais organizado”; “tem participado nas intervenções psicoterapêuticas em grupo”). Ainda assim, fiquei com a sensação, algo angustiante, de que o espaço ocupado pelos enfermeiros naquela sala era pequeno. O facto dos participantes nesta reunião serem predominantemente da classe médica, condicionou, naturalmente o discurso, a linguagem e as preocupações que se debateram entre todos, porque a sua disciplina é a Medicina - em particular, a Psiquiatria - e foi em torno desta que toda a reunião se desenrolou. A voz

deste enfermeiro solitário era aquela que eu mais queria ouvir, mas pareceu-me abafada pelo som de um coro médico que se fazia ouvir mais alto. Ouvi falar do DSM V e dos seus novos critérios, falou-se de Kraepelin e de Bleuler e, por momentos, senti-me novamente nas aulas de Psiquiatria, a absorver tudo com a curiosidade intelectual que faz parte de quem sou. No entanto, pareceu-me pouco. Eu queria ouvir falar de diagnósticos de enfermagem, das intervenções que estavam nas minhas mãos, por oposição ao ajuste na dose do antipsicótico e à discussão infundável sobre a eventual introdução de um antidepressivo. Se dúvidas houvesse, hoje tive a certeza que a enfermagem é a minha disciplina, porque é com ela que me faz sentido olhar para o outro que precisa de mim●

# **APÊNDICE 4**

**MÓDULO 2 – EXCERTOS DOS DIÁRIOS DE ESTÁGIO**





## **DIA 5 - FAMÍLIAS QUE DESORGANIZAM**

Hoje a meio da manhã foi-me dito que uma das utentes tinha uma visita à sua espera no exterior do serviço. A Sra. D<sup>a</sup> M., uma mulher jovem, com dois filhos e um marido com quem mantém uma relação de conflito marcado, ficou entusiasmada com a ideia de que alguém esperava por si. Acompanhei-a, apercebendo-me da curiosidade que manifestava de forma quase pueril, dando pequenos saltos de felicidade. Quando a porta se abriu, era a sua mãe quem estava à espera, sentada num banco de madeira. Nova, com um aspeto cuidado mas com um fâcies fechado e uma postura corporal tensa, recebeu a sua filha, que falava alto e dizia incessantemente “Mãe, vieste ver-me! Estás aqui! Eu estou tão feliz!” com uma frieza impenetrável. A Sra. D<sup>a</sup> M. caiu-lhe nos braços, mas os braços da mãe não se mexeram. Revirou os olhos e disse de forma ríspida “Mas para que é que é isto tudo? Pára com isso!”. Perante a resposta “Porque eu gosto de ti e estou contente por te ver”, a mãe da utente disse “Eu gosto de ti se voltares para casa. O que é tu vieste para aqui fazer? O teu dever é tomares conta dos teus filhos. Isso é que tens que fazer, não é estares aqui nessa figura” (percorrendo com o olhar a sua filha que vestia um pijama do hospital). A Sra. D<sup>a</sup> M. manteve-se sorridente, como se não tivesse ouvido o que lhe diziam. A mãe disse rapidamente que tinha que se ir embora, e assim regressámos juntas ao serviço.

Após esta interação, assumi que a utente estaria triste, zangada, confusa ou a experienciar qualquer outra emoção negativa. Talvez porque eu estivesse profundamente irritada com aquela senhora, que acabara de pôr em causa, com meia dúzia de palavras, aquilo que os profissionais tentavam construir há vários dias. Não pude deixar de pensar que gostaria que aquela mãe tivesse sido capaz de dizer apenas “Ainda bem que soubeste pedir ajuda”. Quando abordei a Sra. D<sup>a</sup> M. em relação ao encontro, fui surpreendida com um fâcies sorridente, aparentemente imperturbável com o que se tinha passado, dizendo apenas que estava muito feliz e comentando com todos os que passavam que a sua mãe tinha vindo vê-la.

Passadas algumas horas, a Sra. D<sup>a</sup> M. ficou mais ansiosa, verbalizando frequentemente o seu desejo de falar com o médico porque queria “ter alta para ir tratar dos filhos”. Assumi quase imediatamente que este tinha sido, afinal, o verdadeiro efeito do encontro. Parecia-me inverosímil que alguém pudesse ficar imune a tanta agressividade. Mas, mais uma vez, talvez o pense porque imagino que eu não o suportaria. Este episódio fez-me pensar que, ainda que todas as pessoas devam ser entendidas no seu sistema familiar, às vezes este sistema está tão doente que, não só não constitui um recurso, como deveria ele próprio ser alvo de atenção.

Quando o turno acabou e saí do serviço, o Sr. C. (um jovem utente, também internado) estava sentado no banco da entrada com a sua mãe. Sorriam, conversavam e mantinham um contato

reconfortante. Felizmente, algumas famílias ainda parecem ser um sistema seguro. Mesmo quando o desafio da doença mental bate à porta.

#### **DIA 7 – CUIDAR DE QUEM NOS ASSUSTA**

Quando olhei para o quadro afixado na parede da sala de trabalho dos enfermeiros, apercebi-me que tinha havido uma admissão no dia anterior. Olhei para um “28” que ocupava o campo relativo à idade e não pude deixar de me identificar. Pensei: “É jovem. Tem mais ou menos a minha idade”.

Na passagem de turno apresentou-se este novo utente como um jovem sem história psiquiátrica prévia, mas com consumos de canabinóides desde os 13 anos de idade. Tinha saído há 4 dias de um estabelecimento prisional, onde havia estado detido cerca de 5 anos (*“O que é que ele terá feito?”*) e tinha iniciado um quadro de ideação delirante de conteúdo persecutório. De acordo com os enfermeiros, o Sr. R. tinha colaborado pouco na colheita de dados inicial, mantendo um fácies fechado, com um discurso organizado mas provocado, respondendo apenas de forma sucinta ao que lhe era perguntado. Recusou a terapêutica que lhe foi sugerida para a ansiedade que parecia estar a sentir e dormiu toda a noite.

A primeira coisa que pensei foi que esperava que se mantivesse na cama o resto do dia. Sei que o pensei porque tive medo. Medo que se tornasse violento e eu não pudesse defender o meu corpo de uma qualquer investida; medo que me tentasse manipular e eu não soubesse manter-me firme; medo que não quisesse tomar a medicação prescrita e fosse verbalmente agressivo; medo que se apercebesse do meu medo.

Já quase todas as pessoas internadas tinham aparecido na sala de refeições quando vi surgir no corredor um rapaz bem mais alto do que eu, musculado, tatuado, com uma postura altiva e tensa. Apercebi-me imediatamente que o mais provável era o meu corpo falar por mim e expor o que estava a pensar e a sentir. Senti uma grande necessidade de controlar a minha expressão não-verbal, para que o outro não se apercebesse do medo que me percorria. Aproximei-me para avaliar os parâmetros vitais, mas sei que não sorri (como muitas vezes faço) e estabeleci um contacto visual fugaz. Assumi uma postura correta, mas reconheço que pouco disponível para mais do que a breve intervenção que me obrigava a estar ali. Enquanto colocava a braçadeira fui largamente observada. O Sr. R. olhou fixamente para o cartão que trazia pendurado na farda (que me identifica como aluna da especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica), o que me fez sentir desconfortável. Tive vontade de lhe dizer o que nunca poderia sair da minha boca: “Eu já sou enfermeira. Posso estar aqui como aluna mas não sou nem tão jovem nem tão frágil como pensa. Pare de olhar para aí”. O que disse foi um cordial “Obrigada”, antes de me retirar com alívio.

É muito difícil para mim a ideia de que tenho que cuidar de alguém que me mete medo. Enquanto enfermeira, no meu contexto profissional, já cuidei várias vezes de pessoas que cometeram crimes mas, a verdade, é que nunca senti medo delas. Talvez porque houvesse sempre uma seringa com sedação, um tubo orotraqueal na boca, umas imobilizações que continham ao leito ou um grupo de polícias em vigilância contínua. Ao cuidar dessas pessoas pensava, inclusivamente, que ao estar protegida, era capaz de julgar menos do que alguns dos meus colegas, e de considerar a hipótese de que desconhecia a história de vida de cada uma daquelas pessoas, assim como os motivos que poderiam ter condicionado a prática dos seus crimes.

No contexto de intervenção em Psiquiatria e Saúde Mental, não foi isto o que senti. O Sr. R. caminhava autonomamente, nada o prendia a lado nenhum, não havia sedação à minha disposição, nem nenhuma autoridade para me proteger. Para além de toda esta liberdade, sinto que o cuidado neste contexto específico é diferente, porque não está focado na sobrevivência biológica, mas sim em algo mais íntimo, como é o funcionamento mental de cada um e a sua capacidade de adaptação aos desafios da vida. Talvez a diferença mais relevante seja o facto de qualquer intervenção em saúde mental ter necessariamente por base uma aproximação ao outro com disponibilidade, autenticidade e confiança, essenciais ao estabelecimento de uma relação de ajuda. Mas como é que posso ser autêntica com alguém que me faz sentir medo?

Ao ser confrontada com esta minha fragilidade, apercebo-me que talvez conheça as suas raízes. Quando tinha 16 anos fui assaltada à saída da escola por um grupo de quatro adolescentes, mais novos do que eu, que me seguiram pela rua ao longo de uma dezena de metros. Na altura, pareceram quilómetros. Não levaram nada de valor, mas remexeram na mochila que levava às costas enquanto tentava caminhar, cercaram-me, fizeram piadas e riram-se perante a minha aflição. As pessoas que passavam ignoraram o que viam e senti um desespero que nunca tinha conhecido na minha vida, até então, tão protegida. Durante dois anos não andei sozinha na rua, nem escolhi o curso e a faculdade que, na altura, pensava serem a minha opção de eleição, porque o medo me impedia de fazer o trajeto sozinha em vários transportes públicos. Nesse dia e nos que se seguiram, senti na pele o que é ser vítima de alguém que infringe dano no outro sem se importar, porque o seu desejo de satisfazer uma determinada vontade se sobrepõe ao respeito por mim e pela minha integridade enquanto pessoa.

Na presença do Sr. R. sinto que a minha fragilidade se reaviva porque me faz reviver o desespero e a raiva que senti nesse dia. Sei que não me recusaria a cuidar de alguém pelo facto de ter cometido um crime, mas admito que é difícil para mim controlar esta contratransferência na relação. Sei que não foi o Sr. R. que me magoou no passado, mas sem me sentir segura não me sinto (por enquanto)

capaz de construir nada com o outro. Hoje sinto que cresci porque fui exposta a uma das minhas maiores fragilidades.

### **DIA 10 – COMO QUEM REGRESSA À REALIDADE**

Hoje foi um dia mais tranquilo. Sem nenhum evento potenciador de grande stress, estive mais disponível para olhar à minha volta e prestar atenção aos detalhes felizes que me rodeiam. Porque os há em todo o lado e, mesmo num sítio cheio de pessoas em crise, com ideias bizarras que invadem o espaço mental e com comportamentos estranhos que condicionam a liberdade de cada um, consigo observar movimentos que me fazem sentir que o trabalho que se faz nesta área é de facto importante e recompensante.

No serviço de Psiquiatria está uma mulher jovem com doença bipolar, internada em fase maníaca, com sintomas psicóticos. Olho para ela e não posso deixar de pensar que representa tudo o que não desejo ver em alguém da sua idade. Custa-me pensar que não estou imune, porque se a doença entrou na sua vida sem nenhum consentimento, ela também pode um dia decidir bater à minha porta. A Sra. D.<sup>a</sup> T. tem 37 anos e está contida química e mecanicamente numa cama. A sua desorganização é de tal ordem que o tempo e o espaço parecem ter perdido qualquer sentido. As palavras emergem sob a forma de gritos lançados ao vazio, numa lógica que parece inexistente até para a própria. Lança objetos ao ar como pode e confunde as caras dos que a espreitam entre as cortinas em falsos reconhecimentos.

Durante a manhã aproximei-me desta utente com uma enfermeira, cheia daquela experiência que só é possível com os anos. Abordou-a, conseguiu a missão impossível de tranquilizá-la, com mais atitudes do que palavras, alimentou-a e deu-lhe água. No final, dirigiu-se à utente e ouvi-a a dizer: “Ai T. como tu estás. Um dia destes vais nascer outra vez”. Sorriu e afastou-se, deixando-me sem perceber o que queria dizer. Não perguntei, mas estas palavras deixaram-me inquieta.

Saí do quarto e, como acontece frequentemente, observei por momentos o que se passava à minha volta. Fui surpreendida ao ver que, olhando com atenção, era possível perceber que muitas daquelas pessoas estavam, de facto, a melhorar. É claro que nada disto aconteceu de repente; os medicamentos precisam do seu tempo para encontrar os recetores certos, e as aprendizagens e mudanças internas que os vários profissionais tentam promover são ainda mais lentas...mas chegam lá. Eu é que demorei a ver. No meu preconceito, as doenças mentais eram menos plásticas na sua forma, menos moldáveis por agentes externos, com evoluções mais lentas e menos evidentes no tempo. E se, para algumas pessoas, a doença assume de facto um carácter mais rígido, noutras as mudanças são, felizmente, bem mais evidentes. Bastou-me estar atenta para ver que o delírio da Sra. D.<sup>a</sup> M. ainda lá está, mas com menor dinamismo e mais frágil quando confrontado

com uma argumentação compreensiva. A Sra. D.<sup>a</sup> E. parece ter desacelerado do frenesim da sua mania e já consegue estar sentada a conversar, mesmo que o discurso ainda seja célere demais para que todos consigam acompanhá-la. A Sra. D.<sup>a</sup> J. já sai da cama, aparece de manhã com o cabelo penteado, e consigo ver-lhe os olhos que antes não eram capazes de fixar mais do que o chão.

A enfermeira tinha, de facto, razão quando disse que a Sra. D.<sup>a</sup> T. também iria renascer. As pessoas de quem cuido são como flores que um dia murcharam, depois de sofrerem ataques insistentes (de dentro e de fora) que não cederam até que o caule quebrassem. Este sítio, a que quase todos os utentes chamam angustiadamente “prisão”, não é afinal mais do que uma estufa. As paredes, apesar de serem de vidro estão lá, mas são precisas nesta fase em que a realidade exterior é demasiadamente exigente para os recursos de cada um. São paredes que protegem, e dentro delas estão profissionais que vão pacientemente removendo destas flores as folhas mais doentes, regando diariamente um solo que por vezes seca depressa, colocando adubo na dose certa e usando as palavras e os gestos como forma de as ajudar a renascer com mais fulgor, para depois as devolver à realidade.

### **DIA 13 – O QUE FAÇO COM UM SEGREDO**

Hoje foi um dia desafiante porque tive que decidir e escolher.

A Sra. D.<sup>a</sup> ME é uma mulher de 52 anos de idade, desgastada por uma vida com vários percalços que se foram tornando evidentes na diferença marcada entre a sua idade aparente e real. O seu marido faleceu em Janeiro e, desde então, iniciou um quadro de sintomatologia depressiva, acompanhado de insónia grave, que culminou numa ideação suicida com plano estruturado de enforcamento. Acompanhei-a desde o início do seu internamento e procurei estabelecer uma relação terapêutica com a mesma. Lembro-me do primeiro dia em que me foi atribuída esta utente: recolhia informação do seu processo, por forma a preparar-me para a abordar pela primeira vez, quando me deparei com a informação de que o seu plano suicida era de tal forma estruturado que tinha, inclusivamente, comprado a corda com a qual se pretendia matar e as roupas com que seria enterrada. Confesso que me senti fisicamente enjoada ao ler estas palavras. Impressionou-me perceber que o tamanho do desespero, da tristeza ou do sentimento de incompetência para lidar com os desafios da vida pode ser, de facto, tão esmagador ao ponto de levar alguém a embrenhar-se em comportamentos tão específicos e que o próprio sabe que vão culminar no seu fim voluntário.

Nos dias seguintes abordei-a individualmente, na privacidade (possível) do seu quarto partilhado com outras três utentes. Neste serviço é difícil encontrar um espaço tranquilo, sem interrupções frequentes e com paredes que contenham as palavras na intimidade de quem as profere e de quem

as escuta. Apesar da postura retraída da Sra. D.ª ME, fui surpreendida pela fluidez do seu discurso quando a abordava acerca dos seus sentimentos, emoções e dificuldades. Na verdade, parecia desejosa de partilhar o peso que parecia sentir com alguém disponível para estar por perto. Tive a confirmação de que precisava afetivamente de o fazer ao terceiro dia de contacto. Parecia sentir-se sufocada em palavras que tinham ficado por dizer, memórias mais dolorosas do que felizes e gestos que não deixavam mais do que angústias.

Hoje, sentada na sua cama, cabisbaixa e com os ombros caídos, disse-me: “Sabe Sra. Enfermeira, são muitas coisas do passado. A minha mãe abandonou-me quando eu era pequena. Nunca percebi porque é que não gostava de mim. Eu sou analfabeta porque não me deixaram ir à escola. Fui criada ao pontapé. O meu marido não era sempre bom para mim, mas era a única pessoa que sabia da minha vida. Nunca contei a mais ninguém e não quero que os meus filhos saibam. Eles não precisam de saber. O meu marido já não está cá e eu tenho que dizer isto a alguém. Mas, por favor, mais ninguém precisa de saber”. Naquele momento soube que estava prestes a confiar-me algo importante para si, que era segredo até para aqueles que lhe eram mais próximos. Fui quase imediatamente invadida por um sentimento de dúvida e ambivalência: se, por um lado, a Sra. D.ª ME decidia confiar-me algo desta magnitude, era porque tinha conseguido, de facto, estabelecer uma verdadeira relação de confiança; por outro, questionei-me sobre a intenção com que o fazia (“O que é que a utente espera de mim ao dar-me esta informação?”) e sobre o impacto que a existência de um segredo poderia ter na relação que construíamos. Talvez há uns anos atrás (com mais imaturidade e com o desejo ingénuo de querer agradar ao outro) me tivesse sentido apenas feliz, competente, vitoriosa ou orgulhosa de mim própria por ter conseguido que alguém em crise quisesse partilhar o seu problema comigo. Hoje o que senti foi o peso da responsabilidade de ser depositária de parte da vida e da confiança de alguém de quem cuido.

No caso da Sra. D.ª ME ponderei cuidadosamente o que me foi confiado e considerei que não havia motivos para o partilhar com os restantes elementos da equipa. Era mais um dado negativo (a juntar aos muitos que constavam abertamente no seu processo clínico) que concretizava as dificuldades com que a utente tinha sido confrontada na vida e que, possivelmente, teria contribuído para reforçar a sua já baixa autoestima crónica. A verdade é que não contribuía para a identificação de nenhum novo diagnóstico de enfermagem, não implicava qualquer intervenção extraordinária, nem considerei que pudesse constituir um risco acrescido para a utente. Todos os seus fatores de risco já lá estavam, mesmo sem aquele novo dado.

Escolhi guardar o segredo que me tinha sido confiado. Se tivesse optado por partilhá-lo com os restantes elementos da equipa, estaria apenas a acrescentar uma curiosidade à sua história.

Imagino que talvez ficassem impressionados ou pudessem até sentir a raiva que eu senti por quem lhe tinha causado dano, mas esse dado não lhes seria verdadeiramente útil para a sua intervenção profissional. Se o tivesse partilhado, senti que deixaria de ser a enfermeira autêntica e congruente em quem a utente decidira confiar. E é essa a enfermeira que quero continuar a aprender a ser.

#### **DIA 14 – EU NÃO QUERO TOMAR ISSO**

A vigilância da adesão e cumprimento da terapêutica farmacológica foi, desde o primeiro dia, uma das intervenções que mais me fez sentir desconfortável. Sei que muitas das pessoas de quem cuido não têm crítica para a sua situação de doença ou para a necessidade de internamento. Imagino que se questionem: “Mas se eu não estou doente, porque é que preciso de tomar medicação?”, e não posso deixar de pensar que deve ser confuso. Eu própria ficaria confusa se me dissessem que tinha que tomar medicação para um sintoma ou uma doença que eu não sentisse nem reconhecesse como parte da minha realidade. Talvez a chave esteja, por isso, na promoção da consciencialização da doença em cada um e na construção da crítica face à mesma. Mas esta é uma chave difícil de afinar até que encaixe numa fechadura complexa e cheia de resistências.

O Sr. A. é um utente de 27 anos de idade, sem história de uso de substâncias, que iniciou um quadro de heteroagressividade no domicílio, com alterações do conteúdo do pensamento (com ideação delirante de conteúdo persecutório e de envenenamento) e da percepção (com alucinações auditivo-verbais). Foi trazido ao serviço de urgência e internado no serviço de Psiquiatria com o diagnóstico médico de psicose sem outra especificação. Cruzei-me com este jovem no seu segundo dia de internamento. Apresentava uma postura tensa, mantinha-se isolado no leito a maior parte do dia e quando abordado apresentava um contacto defensivo, com um discurso pobre e monossilábico que o tornava, para mim, um utente praticamente inacessível.

Chegada a hora do pequeno-almoço, os utentes foram surgindo no corredor, entrando na sala de refeições e escolhendo os seus lugares. Uns escolheram as cadeiras mais próximas daqueles em quem tinham encontrado uma companhia neste período de internamento, outros pareciam percorrer a sala com o olhar em busca da mesa mais vazia ou onde, pelo menos, se encontrassem outros utentes com menor disponibilidade para socializar. O Sr. A. chegou em último e não pôde escolher. Sobrava uma mesa onde o esperava, ansiosamente, o Sr. R., ainda dominado por uma mania frenética que não o deixava permanecer sentado ou em silêncio mais do que alguns segundos. Pela sua hesitação em sentar-se, imaginei que o fazia contrariado, antecipando a agitação que teria por companhia.

Uma vez iniciada a refeição, preparei a medicação do Sr. A. e aproximei-me da mesa onde se encontrava. Cumprimentei-o, identifiquei-me e disse que lhe trazia a sua medicação. Pousou o pão

que comia, deixou os braços cair e fixou o olhar no chão sem me responder. Senti imediatamente que, pela primeira vez, enfrentaria o desafio de garantir a administração da medicação numa pessoa que assumidamente não a queria tomar. Procurei focar-me no meu corpo e manter uma postura corporal relaxada, controlei o tom de voz tentando transmitir calma e segurança e reforcei que era necessário que a tomasse. O utente manteve-se em silêncio, mantendo-se cabisbaixo, mas levantou os olhos por uns segundos, e fixou-me com um olhar que me pareceu desafiador. Por momentos tive medo que a sua irritabilidade crescente culminasse num qualquer ato de violência dirigido a mim. Optei por manter-me em silêncio, permanecendo em pé junto ao utente. Esperei cerca de um minuto (que me pareceu bem mais longo do que isso) e o Sr. A. começou lentamente a mexer-se. Aceitou que lhe colocasse os comprimidos na palma da mão, olhou fixa e lentamente para eles e pousou-os no guardanapo. Após uma pausa, olhou-me e disse que precisava de um copo de água. Sugeri que tomasse a medicação com o chá que tinha à sua frente, mas não me respondeu. Olhei em redor e pedi a uma assistente operacional que me trouxesse um copo de água. Soube imediatamente que o Sr. A. queria que me afastasse para ocultar a medicação e senti-me decidida a não deixar que me manipulasse. Assim que me virei ligeiramente (por forma a conseguir detetar qualquer movimento) em busca do copo de água que não vinha, vi que o Sr. A. tentava esconder os comprimidos no guardanapo. Girei imediatamente o corpo em direção ao utente e senti-me momentaneamente irritada, porque percebi aquele gesto como um ataque pessoal, uma tentativa injusta de me enganar, quando eu só queria ajudá-lo. Olhando retrospectivamente para a situação, reconheço que a minha irritação era infundada. O utente estava apenas a utilizar os seus escassos recursos para se defender de algo que lhe parecia ameaçador.

Não fui a única a aperceber-me da renitência do Sr. A. e da sua tentativa de ocultar os comprimidos que lhe tinha entregue. O Sr. R., inquieto na sua cadeira, também estava atento e, de forma algo intrusiva, dirigiu-se ao seu Sr. A. dizendo “Oh filho, toma lá isso. Sabes, eu também já escondi os comprimidos que me davam. Mas isso era antigamente! Punha-os debaixo da língua e cuspias-os quando podia. Toma isso que deixas de ouvir essas vozes e vais sentir-te melhor”. Fiquei estática, sem saber o que dizer, mas senti que de alguma forma tinha sido salva pela experiência daquele homem que acabara de dizer, à sua maneira, aquilo que eu não podia dizer. O Sr. A. levantou os olhos, olhou fixamente para mim e, em seguida, para o Sr. R., parecendo identificar-se com o que ouvia. Sorriu, com a boca e com os olhos (fui surpreendida por tanta expressividade) e tomou, finalmente, a medicação. Afastei-me com a sensação de que a minha missão mais imediata estava cumprida, mas que muito mais me esperaria nos próximos dias.

Com o Sr. A. aprendi que estou a crescer como enfermeira. Reconheço que continua a ser difícil para mim a necessidade premente de, em determinadas circunstâncias, assumir uma postura de



maior controlo do outro. No entanto, sinto com satisfação que vou lentamente criando competências que me fazem sentir mais confortável na identificação de problemas, na avaliação do risco inerente a diferentes situações e no uso da assertividade, como um instrumento essencial, para mim e para aqueles de quem cuido.

### **DIA 15 – O ESTIGMA TAMBÉM ESTÁ EM MIM**

Regressar a casa é uma meta frequente para aqueles de quem cuido. Repetem-no aos ouvidos daqueles com quem se cruzam, em busca de alguém que lhes dê uma resposta diferente, mais próxima da esperança que tanto procuram. E parece-me natural que assim seja.

Por vezes também eu sinto que sou testada: “A caminhada é na 5ª feira? Se calhar já não estou cá...o que é que acha Sra. Enfermeira?”. Os que não têm crítica dizem-no desde o primeiro dia; os que a têm (ainda que apenas parcialmente), parecem aceitar o internamento numa fase em que a aflição é de tal ordem que não conseguem encontrar soluções no exterior, mas rapidamente são assolados pela ideia de regressar ao seu espaço perante as mais ténues melhoras. Apesar de compreender este desejo de cada um continuar a sua vida no exterior destas muitas paredes, sinto que é cansativa esta necessidade de orientar frequentemente o outro para a necessidade de estar internado. É difícil para mim aceitar que o outro não veja algo que a mim me parece tão claro.

Ocorre-me (talvez por influência do meu percurso académico) que talvez estas pessoas tenham que fazer um luto da sua própria saúde mental. A evidência científica diz-nos que, quando alguém perde qualquer coisa de significativo na sua vida, como é o caso da saúde física, tem que elaborar o luto do seu estado prévio. A verdade é que, quando cuido de pessoas fisicamente debilitadas, por terem sido submetidas a grandes cirurgias, por terem doenças do foro oncológico, ou por terem sofrido com qualquer outra patologia física, sinto que tenho mais facilidade em compreender e aceitar que as reações de choque, negação e negociação fazem parte de um esforço de adaptação a uma nova realidade. Porque é que com a doença mental sou mais impaciente? Porque é que dou mais tempo a que alguém que não consegue aceitar que vai ter que viver com uma traqueostomia do que a alguém que não consegue aceitar que tem uma doença bipolar? Afinal, talvez tenha algum estigma em mim. Imagino-me no lugar destas pessoas e gostaria de sentir-me mais compreendida.

Há uns dias atrás assisti à partilha da história de um utente numa sessão clínica (Dia 11 - Os inteligentes também adoecem). No meio de um discurso circunstanciado, essencialmente centrado em encontrar uma lógica para a sua vivência e, aparentemente, sem crítica para a doença, o Sr. H. disse com alguma angústia, em frente a dezenas de profissionais: “Não é justo terem-me tirado a saúde assim. As pessoas não olham para mim da mesma maneira”. Não pude deixar de sentir pena daquele homem que parecia ter dado a entender, sem qualquer intenção, que no seu íntimo sabia

que tinha uma doença e que sofria com ela. A sua expressão fez-me pensar que, de facto, também estas pessoas têm que se adaptar a uma nova experiência de si próprios, à qual se acresce o desafio importante do estigma associado à doença mental. E ele está em todo o lado. Até em mim.

# **APÊNDICE 5**

## **MÓDULO 2 – ESTUDO DE CASO**



## INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o resultado de um percurso de acompanhamento individual a uma pessoa com doença mental em situação de crise, internada num serviço de Psiquiatria.

Com a elaboração deste Estudo de Caso, pretendo demonstrar a metodologia subjacente à intervenção de enfermagem planeada, implementada e avaliada para a cliente em questão. A sua realização constitui uma estratégia para a consecução dos objetivos por mim delineados no Projeto de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Em termos estruturais, apresentam-se primeiramente os dados relativos à história de vida da cliente, incluindo aspetos relativos à sua história de saúde pessoal e familiar. Em seguida, descreve-se o episódio de crise atual e um exame do estado mental. Com base no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, são identificados *stressors* e fatores de reconstituição da cliente, essenciais à determinação de um plano de cuidados adequado aos seus problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem, bem como aos seus recursos facilitadores da resolução da situação de crise. Em seguida, apresenta-se o plano de cuidados delineado para a cliente em questão, determinando diagnósticos, resultados esperados, intervenções e avaliação do seu efeito.

Tendo em conta que a construção de uma relação terapêutica não é um processo imediato, mas sim o resultado de um investimento sustentado de parte a parte - cliente e enfermeiro -, optou-se por incluir neste Estudo de Caso alguns registos de interação com a cliente em questão. A sua inclusão suporta a construção de uma relação terapêutica sequencial, de aprofundamento progressivo e de crescimento mútuo. Apresentam-se em maior detalhe duas das intervenções promotoras de autoestima implementadas com a cliente, tendo em conta a centralidade desta temática na sua vivência de crise. Foi através do investimento nesta relação que foi possível intervir com vista à reestruturação da linha normal de defesa da cliente, ao fortalecimento sua linha de defesa flexível e à consolidação das suas linhas de resistência, através da mobilização dos fatores de reconstituição como meio para lidar com os *stressors* atuais.

## 1. HISTÓRICO DO CLIENTE

Neste primeiro capítulo, apresenta-se uma síntese da história de vida da cliente em questão. Incluem-se dados relativos à sua história de vida, história de saúde pessoal e familiar, descrição da crise atual, exame do estado mental à admissão e terapêutica farmacológica.

### 1.1.HISTÓRIA DE VIDA

A Sra. D.<sup>a</sup> A.P.F. (Gosta de ser tratada por P.) é uma utente do género feminino, de 43 anos de idade.

Nasceu na Guiné em 1974, onde viveu com os pais e os três irmãos (2 irmãs e 1 irmão) até aos 4 anos de idade, altura em que toda a família se mudou para Portugal.

Não foi possível abordar a sua infância em profundidade mas refere ter sido uma época feliz da sua vida. Já relativamente à adolescência, afirma ter sido uma fase difícil, associada à separação dos pais e ao diagnóstico de Doença Bipolar aos 18 anos de idade.

Casou aos 25 anos e teve a sua única filha aos 29 anos de idade. Divorciou-se há cerca de um ano mas tem ainda pendente a resolução de processos legais litigiosos com o marido (*“Ainda temos coisas pendentes para resolver em tribunal. Não me tratava bem e quando descobri que tinha outra acabei tudo. Fiquei com a guarda da minha filha mas sei que ele quer ficar com ela”*). À data do internamento encontrava-se numa relação amorosa recente, face à qual manifestava alguma ambivalência (*“agora com isto tudo [internamento] já nem sei se interessa...mas é um bom homem e trata-me bem. Depois do que passei com o meu ex-marido não pensei que fosse encontrar alguém assim. Não sei como vão ficar as coisas, isso agora não me preocupa”*).

Atualmente reside em Lisboa, na freguesia da Ameixoeira, com a sua mãe (proprietária da habitação) e com a filha, de 14 anos de idade. No mesmo bairro reside a sua tia materna – com quem mantém uma relação de proximidade e confiança – e a respetiva filha com quem mantém uma relação de conflito (*“Não tenho paciência para ela. Começou a ir a uma daquelas igrejas esquisitas [Igreja do Reino de Deus] e está sempre a falar disso. Quer converter toda a gente”*).

É licenciada em História mas trabalha como vendedora numa livraria em Lisboa, todas as manhãs, de 2ª feira a Sábado. Durante as tardes de semana e ao sábado à noite trabalha como assistente operacional num lar de idosos.

É católica, mas verbaliza ter diminuído a frequência com que frequenta a igreja nos últimos anos. Identifica vagamente como fator precipitante para esta mudança o seu horário laboral (*“Quando me deito rezo sempre, mas não tenho tempo para ir à igreja. Trabalho todos os dias e ao sábado faço noite no lar. Quando saio no domingo de manhã vou dormir e perco sempre a missa. Talvez tenha sido por isso, não sei.”*).

## 1.2.HISTÓRIA DE SAÚDE

### 1.2.1. Antecedentes Pessoais:

- Asma brônquica. No domicílio faz terapêutica broncodilatadora em SOS;
- Sem antecedentes cirúrgicos.
- Desconhece alergias.
- Nega hábitos de consumo de tabaco, álcool ou outras substâncias.

### 1.2.2. Antecedentes Psiquiátricos:

- Doença Bipolar tipo 1, diagnosticada aos 18 anos de idade
- 4 Internamentos em serviços de Psiquiatria:
  - Nos primeiros três internamentos, por Doença Bipolar em fase maníaca com sintomas psicóticos (ideação delirante de autorreferência e alucinações auditivo-verbais). Um dos internamentos ocorreu em 2003, após o nascimento da filha.
  - Último internamento em 2015, por tentativa de suicídio com ingestão medicamentosa voluntária, em contexto de Doença Bipolar em fase depressiva, também com sintomatologia psicótica.

### 1.2.3. Antecedentes familiares:

- Mãe: Infecção por VIH, verbalizando desconhecer em que contexto poderá ter sido contraída.
- Pai: Hipertensão arterial, Doença de Parkinson.
- Tio paterno: perturbação de abuso de substâncias (álcool)

- 4 primos (ramo materno) com Doença Bipolar.

#### 1.2.4. Crise Atual

A Sra. D.<sup>a</sup> P. deu entrada no serviço de urgência do Hospital de Santa Maria no dia 8 de Maio de 2017, após tentativa de suicídio com projeção para a linha do metro.

Tinha sido observada três dias antes pela psiquiatra assistente em consulta, por queixas de insónia quase total (dormia 2 horas por noite) mas sem ideação suicida. De acordo com informação da família disponibilizada à psiquiatra, a cliente teria deixado de tomar a medicação habitual.

No serviço de urgência verbalizou que tinha assistido a uma conferência sobre suicídio na livraria em que trabalhava, e que *“foi aí que comecei a pensar nisso”*. Acrescentou que se tinha sentido ansiosa e angustiada nos dias prévios porque *“roubaram uns livros na livraria e tive medo que achassem que tinha sido eu”*. Às 19h, quando regressava a casa, saiu no metro da Cidade Universitária e atirou-se para a linha do metro. Na urgência verbalizou *“Eu já não conseguia estar mais assim, sem dormir e com tanta pressão”*.

Ficou internada no Serviço de Psiquiatria – piso 3, numa enfermaria com quatro camas, todas ocupadas por clientes do género feminino.

#### 1.2.5. Exame do Estado Mental (8 de Maio de 2017)

<b>CONSCIÊNCIA</b>	Vigil. Sem alterações.
<b>ORIENTAÇÃO</b>	Orientada na pessoa, tempo e espaço.
<b>ATENÇÃO</b>	Captável e mantida.
<b>MEMÓRIA</b>	Aparentemente sem alterações.
<b>PERCEÇÃO</b>	Não se apuram alterações.
<b>DISCURSO</b>	Provocado.  Com aumento do tempo de latência da resposta.  Coerente e organizado.



<b>PENSAMENTO</b>	Bradipsiquismo.  Pessimismo e culpa.  Não se apura ideação suicida. Verbaliza arrependimento.
<b>VIVÊNCIA DO EU</b>	Não se apuram alterações.
<b>HUMOR, EMOÇÕES E AFETOS</b>	Humor subeufímico.  Labilidade afetiva, com períodos de choro fácil.
<b>ENERGIA VITAL E IMPULSIVIDADE</b>	Clinofilia.
<b>MOTRICIDADE</b>	Lentificação psicomotora.  Fácies pouco expressivo.  Mímica pobre.
<b>VIDA INSTINTIVA</b>	Insônia quase total.
<b>INSIGHT</b>	Insight parcial

#### 1.2.6. Terapêutica Farmacológica

##### ▪ À data do internamento

	<b>Fármaco</b>	<b>Pequeno-almoço</b>	<b>Almoço</b>	<b>Jantar</b>	<b>Ao Deitar</b>
<b>08.05.2017</b>	Diazepam, 10mg, PO				<b>X</b>
	Lamotrigina, 50mg, PO* <sup>1</sup>	<b>X</b>		<b>X</b>	
	Quetiapina, 200mg, PO* <sup>2</sup>				<b>X</b>

\*<sup>1</sup> Aumentada posteriormente a dose para 75mg, PO, ao almoço.

\*<sup>2</sup> Aumentada posteriormente a dose para 300mg, PO, ao deitar

	<b>Fármaco</b>	<b>Pequeno-almoço</b>	<b>Almoço</b>	<b>Jantar</b>	<b>Ao Deitar</b>
<b>12.05.2017</b>	Lítio, PO	<b>X</b>		<b>X</b>	

	Titulado com controlos analíticos até à dose de 400mg				
--	---	--	--	--	--

A cliente aceitou a terapêutica farmacológica prescrita, sem renitência, desde o início do internamento. Não apresentou qualquer reação adversa à mesma.

**Outras indicações da Equipa Médica:**

- Não pode ter roupa ou objetos próprios;
- Não pode usar o telemóvel (indicação alterada após duas semanas de internamento, passando a poder utilizá-lo de acordo com as normas do serviço - utilização das 9h às 21h, ficando o telemóvel guardado na sala de trabalho de enfermagem após esta hora).

**2. APRECIÇÃO DE ACORDO COM O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN**

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman permite a compreensão do indivíduo na sua globalidade, considerando-o como um sistema aberto e dinâmico, em interação com o ambiente. O equilíbrio deste sistema pode ser perturbado pela presença de *stressors* que constituam ameaças à estabilidade do sistema (Neuman, 1995).

Com base nos dados apresentados no capítulo anterior e nas interações com a Sra. D.ª P. ao longo do internamento, apresenta-se em seguida a identificação e sistematização dos *stressors* envolvidos na situação de crise atual (com origem nos ambientes intra, inter e extrapessoais), considerando o seu impacto nas várias dimensões do indivíduo (fisiológica, psicológica, de desenvolvimento, sociocultural e espiritual).

## 2.1. STRESSORS E FATORES DE RECONSTITUIÇÃO

VARIÁVEIS STRESSORS	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	DESENVOLVIMENT O	SOCIOCULTURAL	ESPIRITUAL
<b>INTRAPESSOAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asma brônquica;</li> <li>▪ Excesso de peso;</li> <li>▪ Insônia;</li> <li>▪ Tentativa de suicídio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Culpa</li> <li>▪ Vergonha;</li> <li>▪ Baixa autoestima;</li> <li>▪ 4 internamentos prévios em Psiquiatria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Défice de conhecimentos sobre a doença bipolar;</li> <li>▪ Abandono da medicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suspensão da atividade laboral devido ao internamento.</li> </ul>	-----
<b>INTERPESSOAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidadora da mãe (com dependência física);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidadora da mãe (com dependência física);</li> <li>▪ Filha com necessidade de apoio escolar, por risco de reprovação;</li> <li>▪ Ansiedade relacionada com o processo de divórcio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conflito com o pai, com quem não mantém relação;</li> <li>▪ Divórcio litigioso;</li> <li>▪ Relação amorosa atual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Questões legais e financeiras pendentes relacionadas com o divórcio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conflito com a prima que frequenta a Igreja do Reino de Deus.</li> </ul>
<b>EXTRAPESSOAL</b>	-----	-----	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Condição socioeconómica precária com duas dependentes;</li> <li>▪ Ocultação da doença mental por receio do estigma e das consequências laborais.</li> </ul>	-----

FATORES DE RECONSTITUIÇÃO	
INTERNOS	EXTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grau de escolaridade elevado;</li> <li>▪ Crítica presente face a doença psiquiátrica, à tentativa de suicídio e à necessidade de internamento;</li> <li>▪ Desejo de retomar a atividade laboral prévia;</li> <li>▪ Capacidade de estabelecer metas futuras realistas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Boa relação com a mãe e a filha;</li> <li>▪ Suporte funcional e emocional por parte da tia materna;</li> <li>▪ Acesso a recursos e profissionais de saúde acessíveis e próximos do seu local de residência (Consulta Externa de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria e Centro de Saúde do Lumiar).</li> </ul>

## 2.2. QUESTÕES CENTRAIS NO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, existem algumas questões essenciais à compreensão do problema central do cliente. Importa, não só compreender o seu significado para o cliente que o vivencia, mas também a interpretação que o enfermeiro faz à luz dos conhecimentos da sua disciplina. Este processo permite o reconhecimento do problema do ponto de vista de quem o vive, mas também a determinação dos aspetos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Apesar de as questões que se seguem não terem sido colocadas de forma textual à Sra. D.ª P., é possível responder às mesmas, através dos dados fornecidos pela cliente.

- **O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais evidente?**

**Cliente:** *“O meu problema era não dormir. Estavam a acontecer tantas coisas que perdi o controlo. Já não sabia o que fazer. Sei que foi um disparate [a tentativa de suicídio], sinto-me muito mal...eu não podia ter feito isto, mas já não aguentava mais”.*

**Enfermeiro:** Insónia; Culpa; Vergonha; Baixa autoestima.

- **O que espera dos profissionais de saúde?**

**Cliente:** *“Preciso que me ajudem a ficar bem para voltar para casa. Tenho muitas coisas lá fora para resolver. A minha filha precisa de ajuda na escola. A minha mãe depende de mim. O meu advogado já me deve ter ligado imensas vezes e eu não tenho o telemóvel. Mas se eu não falar já com ele vai tudo [o processo legal contra o marido] por água abaixo”*

**Enfermeiro:** Cuidadora familiar (mãe e filha); Problemas legais pendentes; Necessidade de reconhecer e valorizar os efeitos do problema atual em si mesmo.

- **Como é que esse problema tem afetado os seus hábitos/estilos de vida?**

**Cliente:** *“Eu estou aqui e assim não posso trabalhar, mas eu preciso do dinheiro. Também não sei o que vão [os colegas de trabalho] pensar de mim por não aparecer na livraria (...) Não posso cuidar da minha mãe nem da minha filha. (...) Não posso vestir a minha roupa, não posso usar o telemóvel. Eu sei que tenho que estar aqui...mas não queria estar”.*

**Enfermeiro:** Perturbação da autoimagem – impossibilidade de desempenhar papéis prévios como cuidadora familiar e trabalhadora e restrição no uso de objetos definidores da identidade, como a roupa própria.

- **Anteriormente já teve um problema semelhante?**

**Cliente:** *“Já tinha estado internada antes mas não me lembro muito bem do que aconteceu. Acho que deixei de tomar a medicação mas não sei porque é que deixei. E desta vez deve ter sido a mesma coisa e com tudo o que estava a acontecer (...) Eu sei que preciso da medicação para estar bem. Isto só pode ter acontecido por ter deixado de a tomar”.*

**Enfermeiro:** Abandono do regime farmacológico; necessidade de aprofundar o significado que a medicação assume para si própria e de identificar os fatores que podem desencadear o seu abandono.

- **Como prevê o futuro em consequência desta situação?**

**Cliente:** *“Não sei bem como é que vai ser agora...não sei se vou ter trabalho. O meu patrão não sabe que estou aqui. (...) Não sei como é que vai ser olhar para a minha filha e saber que ela sabe que eu fiz isto [a tentativa de suicídio]...é muito injusto para ela. Vou ter que falar com ela, mas não sei como”.*

**Enfermeiro:** Medo relacionado com a possibilidade de perder o emprego; Sentimentos de vergonha e culpa relacionados com a tentativa de suicídio; Angústia relacionada com o impacto da tentativa de suicídio na relação com a filha.

- **O que está a fazer ou pode fazer para se ajudar a si mesmo?**

**Cliente:** *“Eu estou a fazer tudo o que vocês me dizem para fazer. Tenho tentado descansar. (...) Tenho pensado muito nisto tudo que aconteceu, mas nem sei se é bom ou mau. Preciso de perceber o que aconteceu mas a minha cabeça está pesada e às vezes fico cansada de estar sempre a pensar”.*

**Enfermeiro:** Atitude de confiança nos profissionais de saúde; ambivalência face à necessidade de refletir sobre o problema atual.

### 3. PLANO DE CUIDADOS

Neste capítulo apresenta-se, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE versão 2015), o plano de cuidados para a Sra. D.ª P., incluindo diagnósticos de enfermagem, resultados esperados, intervenções e avaliação do efeito das mesmas.

De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 1995; Meleis, 2012), a intervenção de enfermagem tem como objetivo a manutenção ou alcance da estabilidade do sistema cliente e pode ser desenvolvida em três níveis de prevenção distintos – primária, secundária e terciária. Estes níveis encontram-se também contemplados no presente plano de cuidados.

INSÓNIA ATUAL			08.05.2017
<b>Resultados Esperados</b>		Sono normal. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de dificuldade em iniciar ou manter o sono;</li> <li>• Número de horas de sono adequado – sem sonolência diurna e sem queixas subjetivas de insónia.</li> </ul>	
<b>Intervenções – Níveis de Prevenção</b>	<b>Primária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre estratégias a adotar para facilitar o sono;</li> <li>• Gerir o ambiente físico (reduzir a luminosidade e o ruído no quarto, proporcionando um ambiente tranquilo).</li> </ul>	
	<b>Secundária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear o horário de sono (apresentar as regras do serviço no que respeita à hora de deitar e garantir o seu cumprimento);</li> <li>• Facilitar o sono noturno (limitar o tempo de permanência no leito durante o dia; incentivar a participação nas atividades propostas durante o dia; limitar a ingestão de bebidas estimulantes; evitar atividades estimulantes perto da hora de deitar).</li> </ul>	
	<b>Terciária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar e vigiar os efeitos do medicamento hipnótico de prescrição médica (quetiapina);</li> <li>• Vigiar comportamento com o medicamento hipnótico;</li> <li>• Gerir medicação hipnótica prescrita em SOS.</li> </ul>	

<b>Avaliação</b>	<p>Nos primeiros dias de internamento, manteve insónia intermédia, com necessidade pontual de administração do fármaco hipnótico prescrito em SOS e de aumentar a dose de quetiapina prescrita às 22h. Após ajuste terapêutico, sem insónia nem queixas subjetivas da mesma;</p> <p>Compreendeu e cumpriu as regras do serviço, deitando-se à hora estipulada. Referiu espontaneamente que evitava atividades estimulantes, tais como a leitura ou a realização de chamadas telefónicas antes de dormir.</p>
------------------	--

<b>AUTOESTIMA DIMINUÍDA</b>			08.05.2017
<b>Resultados Esperados</b>		Autoestima melhorada. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da frequência com que verbaliza sentimentos negativos relativamente a si própria;</li> <li>• Capacidade de verbalizar aspetos positivos sobre si própria;</li> <li>• Capacidade de definir metas realistas para o futuro;</li> <li>• Envolvimento em atividades de grupo, interagindo com satisfação com outros.</li> </ul>	
<b>Intervenções – Níveis de Prevenção</b>	<b>Secundária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar presença;</li> <li>• Oferecer escuta ativa;</li> <li>• Promover participação em atividades de distração (incentivar a realização de atividades do gosto da cliente, tais como a leitura e passeios ao exterior do serviço (quando possível), incentivar a permanência na sala de convívio com outros clientes, promover a participação nas intervenções psicoterapêuticas de grupo implementadas no serviço).</li> </ul>	
	<b>Terciária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar o autoconhecimento (encorajar a cliente a falar sobre si própria, avaliar o impacto que a doença bipolar tem sobre o autoconceito);</li> <li>• Promover a autoestima (ajudar a tomar consciência das verbalizações negativas, incentivar a expressão de aspetos positivos sobre si);</li> <li>• Determinar metas mútuas para o futuro.</li> </ul>	
<b>Avaliação</b>		No início do internamento a Sra. D.ª P. apresentava uma postura reservada, pouco comunicativa, evitando participar	



	<p>em atividades de grupo. Verbalizava descontentamento relativamente a si mesma, sentimentos de culpa e vergonha, pessimismo e baixo nível de confiança em si e nos outros.</p> <p>Ao longo do internamento manteve uma postura reservada com os outros clientes mas progressivamente mais aberta com os profissionais, abordando-os inclusivamente de forma espontânea para expor as suas necessidades. Após a implementação das intervenções, verbalizava sentir-se responsável pelos seus atos, mas a palavra “culpa” e outras palavras/expressões associadas a uma autodesvalorização surgiram com menor frequência. No final do internamento conseguia apresentar metas objetivas e realistas para o futuro mais imediato.</p>
--	--

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO COMPROMETIDA		
08.05.2017		
<b>Resultados Esperados</b>		<p>Adesão ao regime terapêutico efetiva.</p> <p>Que a cliente demonstre capacidade de gerir o regime terapêutico no domicílio, com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumprimento da terapêutica medicamentosa, sem abandono da mesma;</li> <li>• Manutenção do acompanhamento regular na consulta de Psiquiatria.</li> </ul>
<b>Intervenções – Níveis de Prevenção</b>	<b>Primária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar adesão ao regime terapêutico (verificar a adesão ao regime terapêutico no domicílio, mecanismos utilizados na gestão do mesmo e fatores de risco para o abandono)</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre o regime terapêutico (determinar os conhecimentos e necessidades de educação da cliente);</li> <li>• Motivar disposição para aprender;</li> <li>• Promover a autorresponsabilização.</li> </ul>
	<b>Secundária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar o indivíduo sobre a doença bipolar (através da exposição de dados objetivos mas explorando também a experiência individual da cliente, nomeadamente sentimentos e emoções associadas ao diagnóstico e ao impacto na sua vida);</li> <li>• Ensinar o indivíduo sobre o regime terapêutico</li> </ul>

		<p>(nomeadamente sobre a terapêutica com lítio e cuidados a ter com a mesma; explorar sentimentos e dificuldades associadas à necessidade diária de medicação);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar comportamento com o medicamento (durante o internamento, intervindo no esclarecimento de dúvidas e garantido a administração da terapêutica prescrita);</li> </ul>
	<b>Terciária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover apoio da família (nomeadamente da tia da cliente, para a vigilância e gestão da terapêutica quando a cliente apresente necessidade).</li> </ul>
<b>Avaliação</b>		<p>No início do internamento a cliente verbalizava sentimentos de incapacidade e receio face à gestão do regime farmacológico no domicílio - <i>“Sei que isto aconteceu porque devo ter deixado de tomar a medicação...mas não sei porque é que o fiz(...) e se isto acontece outra vez?”</i>. Manifestava ambivalência face à medicação <i>“Eu sei que preciso de tomar [a medicação] mas às vezes não quero estar doente e ter que tomar estes comprimidos todos os dias! Quero ser normal.”</i>. Relativamente às consultas de acompanhamento de Psiquiatria referiu não faltar às mesmas, dados compatíveis com a informação constante no processo clínico.</p> <p>No final do internamento, a Sra. D.ª P. afirmava reconhecer a importância de aderir ao regime terapêutico no domicílio, apesar de apresentar um discurso centrado no receio de um novo internamento (<i>“Eu não posso voltar para aqui. Sei que tenho que tomar isto, não há outra hipótese”</i>). Verbalizou ainda espontaneamente sentir-se mais confiante na gestão do regime terapêutico, reconhecendo a sua tia como figura de referência para o seu cumprimento e gestão.</p>

A Sra. D.ª P. ausentou-se do serviço entre os dias 19 e 21 de Maio com licença de fim-de-semana. Regressou ao serviço à hora acordada, com humor eutímico, a verbalizar satisfação com o período de permanência em casa. Expressou dificuldade em permanecer em locais com muitos estímulos, sobretudo sonoros, mas encontrou estratégias para a gestão da sua necessidade de um ambiente mais calmo (*“Fui dormir para casa da minha tia. É perto da casa da minha mãe por isso consegui estar com ela durante o dia mas à noite tinha tempo para mim”*). Referiu frequentemente o desejo de

ter alta (*“Eu sei que isto foi uma grande asneira, mas eu já me sinto melhor. Apreendi algumas coisas que acho que me vão ajudar. Isto não pode voltar a acontecer. Acho que está na hora de voltar para casa”*).

Após 16 dias de internamento, teve a alta clínica para o domicílio a 24 de Maio de 2017, mantendo acompanhamento médico na consulta externa do hospital.

#### **4. REGISTOS DE INTERAÇÃO**

Neste capítulo apresentam-se alguns registos de interação com a Sra. D.<sup>a</sup> P..

Através da sua exposição pretendo demonstrar a evolução da relação terapêutica construída, as temáticas relacionadas com a situação de crise trabalhadas com a cliente e seu efeito terapêutico no restabelecimento das suas linhas de defesa.

As interações formais apresentadas constituem, naturalmente, apenas uma parte do trabalho desenvolvido, já que vários momentos de interação espontâneos e informais contribuíram também para o fortalecimento da relação e para os seus objetivos.

##### **4.1. Registo de Interação 1**

9 de Maio de 2017

##### **Objetivos:**

- Estabelecer uma relação de confiança
- Incentivar a expressão de sentimentos e emoções
- Criar um contrato terapêutico

**Duração:** 30 minutos

Após o pequeno-almoço, dirigi-me à sala de estar, onde a Sra. D.<sup>a</sup> P. se encontrava sozinha, sentada, olhando para a televisão mas não parecendo prestar atenção ao programa que transmitiam. Tinha aproveitado o pequeno-almoço e o momento da administração da terapêutica farmacológica para me apresentar, pelo que neste momento, a utente já havia tido um breve contacto comigo. Aproximei-me com um sorriso e perguntei se estaria disponível para conversarmos. A utente acenou com a cabeça, encolheu levemente os ombros num gesto de alguma indiferença, e respondeu que sim, perguntando onde poderíamos falar. Sugeri que fosse no seu quarto e a utente concordou.

Ao chegarmos ao quarto, a Sra. D.<sup>a</sup> P. sentou-se na cama e eu coloquei uma cadeira numa posição frontal ainda que ligeiramente lateralizada. A utente fixou-me com o olhar mas permaneceu em silêncio. Voltei a apresentar-me e a utente acenou com a cabeça. Comecei por questionar como é que se tinha sentido nestes primeiros dias de internamento. A Sra. D.<sup>a</sup> P. respondeu, de forma algo hesitante, “é difícil estar aqui”.

Fui colocando questões abertas, procurando esclarecer expressões de significado dúbio e mantive o contacto visual como demonstração do meu interesse e disponibilidade face ao seu problema. Apesar de se manter sentada na cama, com uma postura algo encurvada sobre si própria, foi verbalizando aqueles que, no seu entendimento, eram os motivos que tinham conduzido à tentativa de suicídio (expressão que utilizei de forma intencional, mas à qual a cliente se referiu sempre como “aquilo que eu fiz”). De forma orientada, conseguiu verbalizar o que sentira nas horas prévias, o que pensara e como agira.

*“Acho que começou tudo com o roubo dos livros. Fiquei aflita porque pensei que iam achar que tinha sido eu. Depois ouvi as minhas colegas a conversarem sobre um cliente e a dizerem que o homem devia ser bipolar...não gostei. No final do dia houve uma conferência e estavam a falar sobre o suicídio...não sei o que foi mas aquilo ficou-me na cabeça. (...) Sinto-me muito sobrecarregada...trabalho muito. O meu único dia de folga é ao domingo mas como trabalho à noite no lar perco a minha folga. Não ter tempo para dormir também não foi bom de certeza (...) O meu ex-marido fez-me muito mal e ando a tratar de um processo no advogado, por causa do divórcio...ando muito preocupada com isso porque sei que ele quer ficar com a minha filha. Foram tantas coisas juntas que acabei aqui”.*

Mantive uma atitude de escuta ativa perante a partilha da Sra. D.<sup>a</sup> P. que pareceu ficar progressivamente menos tensa e evitante. Validei a importância de estarmos a pensar sobre os eventos que poderiam ter contribuído para a atual situação de crise e procurei explorar os sentimentos associados à mesma. Ao ser confrontada com a necessidade de verbalizar sentimentos, a cliente adotou novamente uma postura mais reservada, com um discurso mais hesitante. Foi difícil para si a expressão do que estava a sentir.

*“Eu sei que não devia ter feito este disparate. Foi uma coisa estranha...eu não sei o que é que me passou pela cabeça. Quero regressar para casa e compensar a minha filha disto tudo. Eu tenho que a compensar. (...) Estou envergonhada. Tenho vergonha de mim. (...) Se a minha filha chumbar porque eu não estou em casa para a ajudar, de quem é a culpa? (...) Como é que as pessoas vão olhar para mim? Vão achar que sou maluca depois do que eu fiz”.*

Após ouvir as suas palavras validei com a cliente que esta parecia estar a sentir-se muito culpada, com uma visão muito negativa de si e muito centrada neste último evento da sua vida. Encerrei a interação dizendo que estaria no serviço durante o resto da semana e que voltaríamos a falar no dia seguinte, caso estivesse de acordo. Concordou e acordámos que falaríamos 2 vezes por semana. Elogiei-a, dizendo que tinha feito um bom trabalho ao falar de coisas tão difíceis para si.

#### 4.2.Registo de Interação 2

11 de Maio 2017

##### **Objetivos:**

- Consolidar a relação de confiança;
- Incentivar a expressão de sentimentos e emoções;
- Melhorar o autoconhecimento;
- Promover a autoestima.

##### **Duração:** 1 hora

Após o pequeno-almoço encontrei a Sra. D.<sup>a</sup> P. sentada numa das mesas da sala de convívio, sozinha, com um olhar vago. Abordei-a cumprimentando-a e questionando se me podia sentar junto a si ao que a cliente acenou com a cabeça. Suspirou brevemente num gesto que percebi como demonstrativo de alguma renitência em que o fizesse, talvez por antecipar que a minha presença implicava falar do motivo pelo qual estava ali. Valei esse suspiro com um sorriso e sentido de humor “Esse suspiro é porque está cheia de vontade de falar, não é?”. A cliente sorriu e respondeu, estabelecendo pouco contacto visual, que se sentia cansada de pensar no mesmo. Respondi que, realmente, no dia anterior tinha percebido que pensava muito na sua tentativa de suicídio, no facto de agora estar internada e que me parecia que estava a viver esta fase da sua vida com muita culpa. Fiz silêncio e esperei por uma resposta que tardou em vir. A Sra. D.<sup>a</sup> P. foi fixando o olhar na mesa e olhando para mim por breves períodos, como se esperasse que eu dissesse algo, mas optei por manter-me em silêncio. A cliente acabou por suspirar novamente e verbalizar com alguma angústia “*Como é que não me hei-de sentir culpada depois do que eu fiz?*”. Acenei com a cabeça e validei que compreendia a sua dificuldade mas acrescentei que tinha preparado um exercício para a tentar ajudar a

pensar de outra forma, porque acreditava que esses pensamentos negativos tinham um peso muito importante e que surgiam na sua cabeça com muito mais frequência do que outros pensamentos mais positivos. A utente levantou o olhar e disse *“Sim, é difícil”*.

Comecei por lhe apresentar a Escala de Autoestima de Rosenberg [um dos meus objetivos seria aplicar a referida escala no início e no fim do acompanhamento individual da cliente para validar os seus eventuais efeitos]. A cliente remexeu-se na cadeira e moveu os braços lentamente como se hesitasse em pegar na folha de papel. Começou a lê-la e ao fim do primeiro item afastou a escala e disse, com um fôlego angustiado, que não conseguia. Repetiu-o várias vezes ao que eu respondi *“Compreendo. Às vezes pode ser difícil pensar em coisas que nos lembram as nossas partes mais frágeis”*. A cliente disse *“Eu não consigo mesmo”*, ao que respondi *“Não faz mal. Talvez um dia destes já se sinta capaz de responder a essas questões. Vamos então passar ao exercício que tinha pensado fazer consigo.”*

---

**1. Identifique 5 qualidades/características pessoais positivas.**

- Sou simpática
- Sou boa amiga
- Sou alegre

- Sou boa mãe
- Sou batalhadora

Nota – As qualidades que se encontram em destaque foram escolhidas pela cliente como as que lhe pareciam mais importantes no momento.

**2. Para cada uma delas, classifique de 0 a 100 em que medida acredita realmente que tem essa qualidade.**

*“Sou boa mãe”*

0 \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ 100

Não acredito

Acredito totalmente

*“Sou batalhadora”*

0 \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ 100

Não acredito

Acredito totalmente

**3. Para cada uma das qualidades, identifique 3 situações concretas da sua vida em que sentiu que tinha essa característica positiva.**

*“Sou boa mãe”*

- 1- Quando a minha filha era bebé e teve eczema;
- 2- Quando a levei a Madrid e passámos bons momentos;
- 3- Quando a ajudei a subir as notas na escola.

*“Sou batalhadora”*

- 1- Estudei e fiz uma pós-graduação;
- 2- Esforcei-me muito para encontrar trabalho. Trabalho muito na livraria e no lar;
- 3- A minha doença.

**4. Classifique novamente, de 0 a 100, em que medida acredita realmente que tem essa qualidade.**

*“Sou boa mãe”*

0 \_\_\_\_\_ (X) \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ 100

Não acredito

Acredito totalmente

*“Sou batalhadora”*

0 \_\_\_\_\_ (X) \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ 100

Não acredito

Acredito totalmente



O exercício apresentado à cliente tinha um enquadramento de âmbito cognitivo-comportamental. Os seus objetivos eram: aumentar o autoconhecimento, consciencializar da tendência para a autodesvalorização e contrariar essa tendência, promovendo a identificação e reconhecimento de aspetos positivos.

O exercício foi realizado a um ritmo lento, com a duração total de cerca de 45min. A cliente hesitou várias vezes na identificação dos seus aspetos positivos, facto revelador da sua dificuldade. Estava planeado o desenvolvimento de cinco qualidades da cliente mas, dada a sua dificuldade, foi-lhe pedido que identificasse aquelas que pareciam mais importantes no presente. A Sra. D.ª P. identificou duas qualidades que respondiam a este critério – “Sou boa mãe” e “Sou batalhadora” – e foi sobre elas que trabalhamos em conjunto. A cliente aprofundou cada uma das situações vividas que fundamentavam a sua qualidade, verbalizando o que pensava e sentia. Ao longo do exercício foram realizados frequentemente reforços positivos.

No final, a cliente guardou a folha onde realizou o exercício a seu pedido.

#### **4.3.Registo de Interação 3**

**17 de Maio de 2017**

##### **Objetivos:**

- Consolidar a relação de confiança;
- Incentivar a expressão de sentimentos e emoções;
- Limitar o auto-estigma;
- Definir metas futuras (regresso à atividade laboral)

**Duração:** 20 minutos

Estávamos no exterior do serviço, a realizar uma caminhada, quando a Sra. D.ª P. se afastou do grupo e se aproximou de mim. Procurou-me espontaneamente para me contar que tinha visto uma cliente regular da livraria enquanto saíamos em grupo pela porta da Consulta de Psiquiatria. No momento duvidei do acontecimento (porque não tinha visto nenhuma senhora passar por nós) mas não expressei a minha desconfiança. Pensei que, se me estava a apresentar aquela situação, era porque precisava de expressar uma preocupação sua.

**Eu** - Parece-me que ficou incomodada.

**Sra. D.<sup>a</sup> P.** - Sim, fiquei mesmo.

**Eu** - *(Silêncio. Continuo a caminhar junto à doente)*

**Sra. D.<sup>a</sup> P.** - Estou preocupada, não é? *(fácies apreensivo)*. Não sei se ela vai dizer qualquer coisa na livraria.

**Eu** - Quando diz qualquer coisa...

**Sra. D.<sup>a</sup> P.** - Que me viu aqui, em pijama...À porta da Psiquiatria.

**Eu** – Ela também estava à porta da Psiquiatria *(sorrio)*.

**Sra. D.<sup>a</sup> P.** – *(Risos. Postura corporal menos tensa)* É verdade...

**Eu** - Tem receio que ela conte que a viu aqui às suas colegas, é isso?

**Sra. D.<sup>a</sup> P.** - Sim. Agora que já posso ter o telemóvel, eu mandei-lhes uma mensagem a dizer que estava doente. Não sei o que é que elas pensam que se passa comigo. Elas queriam vir ver-me mas eu disse que não, que precisava de descansar. Não quero que saibam.

**Eu** - *(Silêncio. Continuamos a caminhar e vou olhando para a utente para que saiba que estou atenta)*

**Sra. D.<sup>a</sup> P.** – Ninguém sabe no meu trabalho. Nunca lhes contei que tenho esta doença.

**Eu** – O que é que acha que poderia acontecer se lhes contasse?

**Sra. D.<sup>a</sup> P.** – Não sei. As pessoas não percebem...vão achar que sou maluca. O meu chefe até pode despedir-me, não sei. E eu tenho uma filha para criar, e a minha mãe...não posso ficar sem trabalho.

**Eu** – Tem muitas responsabilidades. Deve ser difícil sentir que tem que esconder a sua doença dos outros...Porque a D.<sup>a</sup> P. é muito mais do que a sua doença. É a P. simpática, feliz, boa mãe, batalhadora...todas aquelas coisas que me contou na semana passada.

**Sra. D.<sup>a</sup> P.** – Sim... (algo *hesitante, mas com um sorriso tímido*). Se ela [a cliente da livraria] disser alguma coisa...eu não vou gostar, mas... o que é que eu posso fazer? Só vou saber quando voltar, não é?

#### A CLIENTE

Após esta interação, a Sra. D. <sup>a</sup> P. parecia sentir-se menos angustiada com a possibilidade do seu chefe e das colegas de trabalho terem conhecimento de que o seu internamento se devia a uma doença psiquiátrica, apesar de esta ser uma preocupação central para a mesma.

Conseguiu expressar e nomear sentimentos e emoções face ao problema.

Revelou preocupações com o estigma associado à doença mental e as consequências que o mesmo pode ter na sua vida laboral e na relação com os pares, mas pareceu compreender e aceitar a impossibilidade de controlar todos os fatores externos a si.

#### EU

O facto de esta interação ter sido iniciada pela utente, e não por mim, surpreendeu-me. A sua imprevisibilidade surpreendeu-me mas fez-me sentir que tinha conseguido estabelecer uma relação de confiança com a utente, porque foi a mim que ela se dirigiu para partilhar o seu problema.

Cedi à tentação de lhe perguntar se efetivamente tinha visto a tal pessoa de quem falava, porque compreendi que a sua veracidade era pouco relevante; o mais importante era o problema que a utente tinha decidido partilhar.

Senti-me menos incomodada pelo silêncio do que em interações anteriores e, inclusivamente, utilizei-o de forma intencional. Utilizei a reformulação e esclareci alguns aspetos da comunicação não-verbal, como as expressões faciais.

Utilizei o humor como forma de aproximação e alívio da tensão e recorri ainda ao reforço positivo, utilizando dados partilhados em interações anteriores como forma de consolidar a relação.

##### **Objetivos:**

- Consolidar a relação de confiança;
- Incentivar a expressão de sentimentos e emoções;
- Promover a autoestima
- Melhorar a autoimagem

**Duração:** 30 minutos

A meio da manhã, a Sra. D.ª P. encontrava-se desperta mas deitada no leito, com um fâcies pouco expressivo. Abordei-a perguntando se me podia sentar na cadeira que se encontrava perto da cama, ao que a doente acenou com a cabeça, alterando imediatamente a sua posição na cama para se sentar, num gesto que percebi como de disponibilidade para a minha presença.

Comecei por tentar determinar os efeitos da intervenção descrita no Registo de Interação 2. A cliente afirmou que se lembrava e que inclusivamente tinha guardado a folha onde havia realizado o exercício: *“Tenho-o sempre guardado no bolso (...) Acho que foi importante porque é mais fácil pensar nas coisas más do que nas boas. Às vezes tenho dúvidas se sou mesmo um boa mãe, porque estou aqui e a minha filha não merecia o que eu fiz...mas depois vejo o que está lá escrito e realmente também já fiz muito por ela. Claro que isso não desculpa nada, mas ajuda-me pensar nisso”*.

Reforcei positivamente a estratégia encontrada pela Sra. D.ª P. para incrementar a sua autoestima e afirmei que gostaria de lhe apresentar um novo exercício. A cliente pareceu algo hesitante, dizendo *“Não sei se vou conseguir...o outro foi muito difícil”*, mas esticando a mão em direção ao papel que eu mantinha entre as mãos como se estivesse também curiosa face ao que lhe trazia.

Trabalhámos em conjunto no exercício que se segue.

- 
- 1. Imagine que está à frente de um espelho. Percorra o seu corpo com o olhar e identifique 3 características que gostaria de mudar.**

1- A minha barriga;

- 2- O meu tamanho. Gostava de ser mais alta;
- 3- O meu rabo, porque é muito grande.

A identificação deste aspetos foi feita de forma relativamente rápida, entre alguns suspiros e um fâcias algo descontente.

## **2. Como é que se sente ao pensar nessas características?**

*“O que eu sinto? Sinto que não gosto...que estas gorduras não deviam estar aqui”.*

Após ter sido introduzida a distinção entre o pensamento e o sentimento associado, numa tentativa de promover a identificação da emoção associada à crença nestas características negativas, a cliente manteve uma postura renitente, verbalizando dificuldade em expressar sentimentos e emoções. *“Eu já nem sinto nada. Só queria sentir...sentir mais. Não consigo chorar”.* Validando a eventual necessidade de chorar evocada pela cliente, emergiram sentimentos de culpa, desvalorização e pessimismo relacionados com a tentativa de suicídio.

## **3. Agora imagine que está novamente em frente ao espelho. Percorra o seu corpo com o olhar e identifique 3 características do seu corpo das quais gosta. Experimente elogiar-se.**

- 1- Os meus olhos;
- 2- Os meus “seios”;
- 3- Os meus braços.

## **4. Como é que se sente quando pensa nestas características?**

Mais uma vez, a cliente identificou pensamentos e não sentimentos ou emoções associadas: *“Gosto dos meus olhos porque são grandes, escuros e brilham quando estou feliz; gosto dos meus seios porque são o tamanho ideal para o meu corpo; gosto dos meus braços porque têm um ar saudável”.*

Foi novamente reforçada a importância de identificar especificamente os sentimentos associados às características positivas. Foi explicado e dado um exemplo do que poderia ser um elogio para si própria. A cliente compreendeu mas manteve dificuldade na

nomeação da componente emocional. Acabou por verbalizar *“quando penso nisso sinto-me mais bonita...mais confiante, talvez”*.

Após a intervenção a cliente parecia cansada, aspeto da sua comunicação não-verbal, que foi validado e confirmado pela cliente *“Estou cansada mas não tenho feito nada...acho que é de pensar nestas coisas todas (...). Não é fácil mas, pelo menos durante um bocadinho, consegui pensar em coisas boas sobre mim”*.

Para finalizar a intervenção, foi reforçada a importância da autoestima positiva, relacionando-a com a capacidade de nos valorizarmos. Realizei uma síntese da intervenção, reforçando que os pensamentos positivos produzem sentimentos positivos acerca de nós próprios e que são estes que nos fazem sentir competentes para lidar com as dificuldades da vida – no seu caso, o internamento atual, a doença, a relação com filha, o divórcio litigioso ou o regresso ao trabalho.

#### 4.5.Registo de Interação 5

22 de Maio de 2017

##### **Objetivos:**

- Consolidar e preparar a resolução da relação terapêutica;
- Incentivar a expressão de sentimentos e emoções;
- Ensinar sobre a doença e a gestão do regime terapêutico;
- Preparar a alta e o regresso a casa

Eram cerca das 14h e quando encontrei a Sra. D.<sup>a</sup> P. sozinha, sentada numa mesa da sala de convívio. Parecia concentrada e escrevia pausadamente numa folha ainda pouco preenchida. Aproximei-me lentamente, com desejo de a abordar mas com algum receio de constituir uma presença inoportuna num momento de aparente introspeção. Perguntei se me podia sentar e, perante um gesto afirmativo da cliente, sentei-me na cadeira que se encontrava num ângulo de 90º.

Comecei por abordar a licença de fim-de-semana que lhe tinha sido concedida entre os dias 19 e 21 de Maio. A Sra. D.<sup>a</sup> P. sorriu discretamente e disse apenas *“Foi bom”*. Mantive-me em silêncio mas olhando-a com atenção. A cliente acabou por continuar ao fim de alguns

segundos: *“Foi bom porque estive com a minha filha e pude falar com ela. Ela não está zangada...precisava de lhe pedir desculpa e pude fazer isso. Estou aliviada”*. Acenei com a cabeça mas validei o que percebi como alguma ambivalência dizendo *“Mas parece que nem tudo foi fácil”*. A Sra. D.<sup>a</sup> P. respondeu imediatamente com mais fluência no discurso *“Não, não foi... Foi difícil estar em casa da minha mãe. Estavam lá os primos todos, incluindo aquela minha prima que já lhe falei e estava muito barulho. Foi difícil estar ali com tanta confusão. Acabei por ir para casa da minha tia, que fica ali perto, quando senti que estava a ser demais. Eu estava bem, mas aquilo estava a incomodar-me e fiquei mais calma quando saí dali”*. Reforcei positivamente o facto de ter encontrado uma estratégia para limitar os efeitos que a estimulação excessiva parecia ter em si.

Aproveitei esta dificuldade para introduzir o regresso a casa, questionando-a sobre como é que se sentia com a perspectiva de ter alta brevemente. A cliente voltou a sorrir e aproximou a folha onde escrevia antes de a ter abordado. Respondeu *“Estava a pensar nisso. A médica disse que este fim-de-semana era um teste para ver como é que eu me sentia e que se corresse tudo bem podia ter alta daqui a uns dias (...)*. Estava a escrever algumas coisas que quero fazer quando voltar a casa.” Aproveitei o gesto que me fazia, como se me convidasse indiretamente a ler o que escrevera, e pedi-lhe que me contasse os seus planos. A cliente leu os seus objetivos de forma algo hesitante mas sorrindo:

*“- Gostar mais de mim;*

*- Ter mais tempo para a minha filha;*

*- Tratar da minha mãe mas também ter cuidado comigo;*

*- Trabalhar menos horas*

*- Arrumar a minha casa (trocar os estores da sala e fazer uma grande limpeza)*

*- Não voltar para o hospital”*.

Reforcei positivamente o conjunto de metas que me apresentava e falámos sobre todas, aprofundando em maior detalhe as metas *“Gostar mais de mim”* e *“Não voltar para o hospital”*. Relativamente à primeira, a cliente verbalizou espontaneamente que “os

exercícios” que tinha feito comigo a tinham feito pensar que nem sempre se valorizava o suficiente. Referiu que não era fácil mudar uma forma de pensar que parecia estar enraizada em si (*“Às vezes é difícil não pensar assim. Acho que sempre fui assim, já estou habituada”*) mas que tinha percebido que era importante acreditar que tinha coisas boas, independentemente das suas ações mais recentes (nunca utilizou a expressão “tentativa de suicídio” no seu discurso, substituindo-a frequentemente por “aquela asneira”/“aquele disparate que eu fiz”).

A meta “não regressar ao hospital” foi o ponto de partida para explorar as questões relacionadas com a doença bipolar, com o regime terapêutico - *“Eu sei que tenho que fazer mas tenho medo de voltar a baralhar-me e de não tomar”* – e com os sentimentos de uma revolta algo contida em relação à medicação – *“Eu queria não ter que fazer nada disto...mas sei que tenho que tomar. Se não tomar já sei que vou fazer qualquer coisa que não devo”*. Verbalizou ainda espontaneamente que a sua tia tinha sido uma figura fundamental durante o fim-de-semana, ajudando-a a gerir os fármacos prescritos e garantindo que não se esquecia de os tomar. Referiu-se a esta familiar como uma fonte de segurança para o regresso a casa que tanto ansiava.



## CONCLUSÃO

A elaboração do presente estudo de caso constituiu para mim um exercício rico em várias aprendizagens, tendo contribuído para o desenvolvimento dos quatro grandes objetivos definidos por mim no Projeto de Estágio.

Através do acompanhamento individual da Sra. D.<sup>a</sup> P., pude desenvolver o meu próprio autoconhecimento, reconhecendo competências, limitações, valores e conflitos internos. Fui confrontada com exigências intelectuais, psicológicas, emocionais e instrumentais que contribuíram indelevelmente para a construção do meu percurso de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A utilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman permitiu a sistematização do entendimento da cliente e do seu problema, enquadrando-o nas particularidades da sua história de vida e de saúde, reconhecendo os fatores de *stress* (internos e externos) a que estava sujeita e ao seu impacto nas várias linhas de defesa do seu sistema. Este entendimento, complexo e fundamentado em raízes teóricas e conceptuais de Enfermagem, favoreceu a identificação de diagnósticos próprios, intervenções aos vários níveis de prevenção e avaliação dos seus resultados, mantendo o foco nos reais problemas da cliente, sensíveis à intervenção da disciplina de Enfermagem.

O desafio do acompanhamento individual de uma cliente com doença mental em situação de crise permitiu-me aceder à oportunidade de construir uma relação (que senti como) terapêutica, promotora da autonomia e potenciadora de um crescimento que se fez em conjunto: eu cresci com o outro e o outro cresceu comigo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, A. C. (2010). *PESM - Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 : manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem : CIPE versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Correia, D. T. (2014). *Manual de Psicopatologia* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Neuman, B. (1995). *The neuman systems model* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

# **APÊNDICE 6**

**MÓDULO 2 – PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO GRUPAL**



Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde

# **A promoção da autoestima**

## **Planeamento de uma intervenção grupal**

Módulo 2 - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise

Inês Robalo Nunes  
192016022

Orientação:

Professor Doutor Paulo Seabra

Sra. [REDACTED]

Sra. [REDACTED]

Lisboa, Junho de 2017



## **INTRODUÇÃO**

O presente documento enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A sua elaboração tem como principal objetivo a apresentação do planeamento de uma intervenção grupal, centrada na promoção da autoestima, a ser implementada no Módulo 2 – desenvolvimento de competências de intervenção na pessoa em situação de crise. Importa referir que, paralelamente à intervenção em grupo, serão também implementadas intervenções de carácter individual em alguns utentes com o diagnóstico de baixa autoestima crónica/situacional.

A construção deste documento resulta da necessidade de planear e fundamentar uma intervenção que se pretende sequencial, coerente e devidamente fundamentada em referências científicas relevantes. O seu planeamento permite, não só a identificação de recursos e potencialidades, mas também a antecipação de limitações e possíveis fatores condicionantes que, sendo precocemente identificados, se espera que possam ser mais facilmente contornados.

No que respeita à sua estrutura, o presente documento é constituído por uma contextualização teórica da temática da autoestima, em particular na pessoa com doença mental. Segue-se a exposição detalhada do planeamento das quatro sessões que constituem a intervenção proposta. Por fim, são apresentadas as conclusões e as referências bibliográficas que sustentam a intervenção. Para a referenciação bibliográfica utilizou-se a norma da APA, 6ª edição.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

### 1.1. A AUTOESTIMA

O Autoconceito refere-se à capacidade humana de construir uma identidade e de lhe atribuir um valor (Townsend, 2011). Trata-se de um conceito complexo, constituído por três componentes distintas mas que se influenciam mutuamente:

- A Imagem corporal – relativa à percepção subjetiva que cada indivíduo forma sobre a sua aparência, com base na sua própria avaliação e na dos que o rodeiam;
- A Identidade Pessoal - relacionada com os padrões morais e éticos, com a estabilidade da autoimagem e com as expetativas de um *self* ideal;
- A Autoestima - definida como o grau de consideração que a pessoa tem por si própria, pelas suas decisões e capacidades (Townsend, 2011).

De acordo com Sequeira (2006), a autoestima constitui a componente emocional do autoconceito, constituindo o julgamento que cada um faz de si próprio e do seu valor. Esta atribuição de valor é largamente influenciada pela forma como a pessoa considera que é vista pelas pessoas significativas na sua vida (Townsend, 2011).

O desenvolvimento da autoestima tem início na infância e prolonga-se por toda a vida, podendo oscilar sob a influência de vários fatores (Peplau, 1988; Townsend, 2011). É esta plasticidade da autoestima que permite o desenvolvimento de intervenções, com vista à sua adequação, ao longo de todo o ciclo vital. No entanto, Townsend (2011) ressalva que a necessidade de estabilidade na identidade pessoal de cada indivíduo pode justificar a resistência que se encontra quando os enfermeiros tentam promover uma autoestima positiva em pessoas que construíram e consolidaram uma imagem eminentemente negativa sobre si próprias.

Existem vários fatores condicionantes do desenvolvimento da autoestima que contribuem para a sua adequação ou inadequação. Destes podem destacar-se: as críticas do próprio (autocrítica) ou de outros, as situações de abandono ou rejeição, as perdas, a dependência (emocional e financeira), a culpa, a frustração, a insegurança e a humilhação (Arrais, 2014).



De acordo com a NANDA International (2015), a pessoa com baixa autoestima (crónica ou situacional) apresenta várias características definidoras deste diagnóstico, nomeadamente as expressões de autonegação, as verbalizações frequentes de vergonha e de culpa, o sentimento de incapacidade para lidar com eventos de vida, a falta de assertividade, a incapacidade para incorporar satisfatoriamente o elogio ou a crítica e as alterações na postura corporal, tais como a ausência de contacto visual na interação.

### **1.2. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL**

A intervenção de enfermagem na pessoa com baixa autoestima tem como objetivo central a promoção de uma autoestima positiva. Restaurar a autoestima significa ajudar a pessoa a adequar a forma como julga o seu valor enquanto pessoa (Amaral, 2010).

De acordo com Warren (1991) citado por Townsend (2011), o desenvolvimento de uma autoestima saudável depende do desenvolvimento de áreas fundamentais que podem ser trabalhadas desde a infância. Estas áreas incluem a criação de um sentido de competência, o amor incondicional das pessoas significativas, a aprendizagem com o erro, a definição de objetivos realistas, a responsabilidade e a orientação para as potencialidades e limitações da realidade.

A promoção da autoestima inclui intervenções focadas no autoconhecimento (reconhecendo as percepções irrealistas sobre si, as razões da autocrítica e o impacto das relações sociais), na relação de ajuda, na reestruturação cognitiva e na criação de metas e objetivos de vida realistas (Sequeira, 2006; Amaral, 2010; Townsend, 2011).

De acordo com Arrais (2014), o desenvolvimento de uma autoestima positiva deve basear-se em quatro pilares fundamentais:

- A autoaceitação – atitude de satisfação e respeito para consigo próprio;
- A autoconfiança – atitude de reconhecimento das próprias competências e capacidade de superação das dificuldades;
- A competência social – capacidade de regular eficazmente as relações com os outros, gerindo fronteiras e limites;
- A rede social – capacidade de criar e manter relações positivas e satisfatórias

com um conjunto de pessoas, nomeadamente familiares e amigos.

Com base nesta premissa, desenvolveu-se um plano de intervenção grupal para a promoção da autoestima das pessoas com doença mental em situação de crise, internadas numa unidade hospitalar. Pretende-se que esta intervenção tenha uma abordagem sequencial, de aprofundamento progressivo da experiência de cada um, contribuindo, desta forma, para uma construção sustentada de novos recursos.

A intervenção grupal deverá decorrer em vários momentos distintos, num total de 4 sessões. Em seguida, apresenta-se o respetivo plano de sessão para cada uma delas, incluindo uma breve fundamentação, os objetivos, procedimentos, recursos, tempo estimado e avaliação.

Importa referir que, dadas as características do contexto, existem várias limitações e fatores de potencial interferência com o planeamento que aqui se apresenta. Em primeiro lugar, a rotatividade das pessoas em situação de internamento não permitirá que todos os utentes participem na totalidade das sessões. Alguns utentes não estarão presentes desde a primeira sessão, juntando-se posteriormente ao grupo, e outros certamente não poderão estar presentes devido a condicionantes várias, tais como a observação por outros profissionais da equipa multidisciplinar, a realização de exames complementares de diagnóstico ou, inclusivamente, a alta para o domicílio ou para outras estruturas de intervenção. Também as características de algumas patologias e os efeitos secundários da terapêutica farmacológica podem intervir na capacidade de os utentes participarem nesta intervenção. Estes aspetos foram tidos em conta no planeamento das várias sessões, tendo sido feito um esforço de adequação às características específicas da população a que é dirigida.

## PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

### 1.3. SESSÃO 1 – “O que é a autoestima?” (29 Maio 2017)

A primeira sessão consiste numa intervenção de psicoeducação centrada no tema da autoestima. Apesar da informação facilitada através de uma estratégia de psicoeducação ser de âmbito geral, esta promove na pessoa a identificação da individualidade da sua vivência, tornando-a mais consciente de si mesma e mais responsável pela sua própria doença (Colom & Vieta, 2004).

Objetivos	Estratégia	Recursos	Duração	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar o conhecimento sobre a autoestima;</li> <li>- Promover a reflexão individual sobre a autoestima de cada um.</li> </ul> <p><b>Objetivos secundários:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a capacidade fixar e manter a atenção;</li> <li>- Estimular a memória;</li> <li>- Promover competências de socialização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentar os participantes em cadeiras dispostas em semicírculo;</li> <li>- Visualizar um vídeo alusivo à temática da autoestima;</li> <li>- Reorganizar a disposição das cadeiras, sentando os participantes em círculo;</li> <li>- Promover e moderar a partilha entre os participantes, usando o vídeo como referência.</li> </ul> <p>Algumas questões orientadoras são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O que é a autoestima?</li> <li>▪ O que é que influencia a nossa autoestima?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadeiras</li> <li>- Computador</li> <li>- Projetor</li> <li>- Vídeo*<sup>1</sup>, disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=ezCrX3gyVOM">https://www.youtube.com/watch?v=ezCrX3gyVOM</a></li> </ul> <p>*<sup>1</sup> Vídeo de curta duração, sem legendas,</p>	30 min	<p>No final da sessão, avaliar se os participantes conseguem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir autoestima;</li> <li>- Identificar características de uma autoestima positiva;</li> <li>- Identificar características de uma baixa autoestima;</li> <li>- Reconhecer fatores de impacto na autoestima.</li> </ul>

	- Síntese final sobre a aprendizagem.	dobrado para português.		
--	---------------------------------------	-------------------------	--	--

### **Avaliação:**

Nesta intervenção participaram 12 clientes internados no serviço.

Apesar da duração limitada da intervenção, verificou-se que muitos dos participantes tiveram dificuldade em permanecer na sala durante a mesma, pedindo frequentemente para se ausentarem.

Alguns constrangimentos logísticos, tais como o mau funcionamento do projetor e da coluna de som disponíveis, condicionaram a compreensão do vídeo apresentado por parte de alguns elementos do grupo. Como estratégia de intervenção foram mobilizados três elementos do grupo mais interventivos, para consolidar a compreensão do grupo sobre as imagens visionadas e o seu significado.

A maioria dos participantes conseguiu contribuir para a definição de autoestima criada pelo grupo. Deram particular ênfase à forma como as relações interpessoais influenciam a autoestima e relacionaram-na espontaneamente com o estigma associado à doença mental, experiência transversal a todos os participantes.

Considera-se que os objetivos foram atingidos.

#### 1.4. SESSÃO 2 – “Como é que eu me vejo?” (5, 6 ou 8 Junho 2017)

De acordo com (Arrais 2014) o desenvolvimento de uma boa autoestima depende do autoconhecimento. A pessoa com baixa autoestima tende a verbalizar expressões de autodepreciação, a negar sucessos anteriores e a sentir-se incapaz de atingir metas pessoais no futuro (Driever, 1976, citado por Townsend, 2011). Promover o autoconhecimento, aumentando a compreensão e aceitação de si próprio, é assim uma estratégia primária na promoção da autoestima.

Objetivos	Estratégia	Recursos	Duração	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a reflexão de cada um sobre a sua própria autoestima;</li> <li>- Desenvolver a capacidade de identificar aspetos positivos em si próprio;</li> <li>- Facilitar o reconhecimento e nomeação de sentimentos e emoções positivas.</li> </ul> <p><b>Objetivos secundários:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a capacidade de fixar e manter a atenção;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentar os participantes em redor de uma mesa;</li> <li>- Realizar uma síntese da sessão anterior;</li> <li>- Pedir a cada participante que escolha uma cartolina da cor que desejar, desenhar o contorno da sua mão e recortar;</li> <li>- Escrever na mão: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualidades;</li> <li>- Ações positivas do passado (o que cada um fez de bom na sua vida);</li> </ul> </li> <li>- Promover a expressão de sentimentos e emoções associadas à intervenção entre os participantes;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa</li> <li>- Cadeiras</li> <li>- Cartolinas coloridas</li> <li>- Canetas de feltro</li> <li>- Tesouras*<sup>2</sup></li> <li>- Cola</li> <li>- Cartolina grande</li> </ul> <p>*<sup>2</sup> As tesouras deverão ser vigiadas e contabilizadas no início e no fim da intervenção.</p>	45 min	<p>No final da avaliação, avaliar se os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstram capacidade de identificar aspetos positivos em si e na sua vida;</li> <li>- Verbalizam sentimentos, emoções, recursos e dificuldades percebidas.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a memória;</li> <li>- Treinar a motricidade fina;</li> <li>- Promover competências de socialização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colar todas as mãos recortadas numa cartolina grande e afixar na sala comum;</li> <li>- Realizar uma síntese final sobre a aprendizagem;</li> <li>- Informar da data da próxima intervenção.</li> </ul>			
---	--	--	--	--

### **Avaliação:**

Nesta sessão participaram 10 dos 15 clientes internados no serviço à data da intervenção, sendo que nem todos haviam estado presentes na primeira sessão por motivos de rotatividade das pessoas em situação de internamento.

À exceção de um cliente, todos permaneceram na sala ao longo da intervenção, sem referirem a necessidade de se ausentar.

A síntese da sessão anterior foi feita por um cliente que se recordava do vídeo projetado e que verbalizou a sua própria compreensão do significado da Autoestima. A maioria dos participantes manteve-se atento à sua explicação.

No decorrer da intervenção verificou-se que vários participantes apresentaram dificuldade em nomear aspetos positivos sobre si. Muitos escreveram nas suas mãos de cartolina a expressão “Boa pessoa”, pelo que se promoveu uma discussão sobre o seu significado. Após esta clarificação, foi incentivada a utilização de adjetivos para caracterizar as qualidades de cada um. Surgiram palavras e expressões como “amigo”, “curiosa”, “vaidosa”, “paciente”, “criativo”, “fiel”, “boa cozinheira”, “cuido bem do meu cão” e “gosto de cuidar do meu filho”.

Todos os clientes envolvidos terminaram o exercício e demonstraram satisfação com o resultado final, verbalizando o desejo de afixar o cartaz que haviam construído na sala de convívio do serviço.

### 1.5. SESSÃO 3 – “Eu tenho coisas boas em mim” (12 ou 14 Junho)

De acordo com a CIPE® versão 15 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016), a autoestima inclui a capacidade de aceitar o elogio e encorajamento. A pessoa com uma autoestima positiva tem maior facilidade em receber e dar elogios (Arrais, 2014). Pelo contrário, a pessoa com baixa autoestima tende a rejeitar ou racionalizar o elogio e a exagerar qualquer feedback negativo que receba dos outros (NANDA International, 2015). Aceita o elogio é, por este motivo, uma competência que deve ser trabalhada nas intervenções promotoras da autoestima.

Objetivos	Estratégia	Recursos	Duração	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver a capacidade de elogiar e receber elogios;</li> <li>- Promover a reflexão de cada um sobre a sua própria autoestima;</li> <li>- Desenvolver a capacidade de identificar aspetos positivos em si próprio;</li> <li>- Desenvolver a capacidade de expressar aspetos positivos sobre o outro.</li> </ul> <p><b>Objetivos secundários:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentar os participantes em cadeiras dispostas em círculo;</li> <li>- Realizar uma síntese da sessão anterior;</li> <li>- Pedir a cada participante que escolha uma cartolina e que escreva um elogio para si próprio;</li> <li>- Promover a partilha do elogio com o grupo;</li> <li>- Em seguida, distribuir novamente cartolinas e pedir que cada um escreva um elogio para outra pessoa presente na sala [o terapeuta deve definir as combinações entre quem elogia e quem é elogiado, para que todos recebam um elogio];</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa</li> <li>- Cadeiras</li> <li>- Cartolinas coloridas</li> <li>- Canetas de feltro</li> <li>- Envelopes</li> </ul>	45min	<p>No final da avaliação, avaliar se os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstam capacidade de se elogiar;</li> <li>- Demonstam capacidade de elogiar o outro;</li> <li>- Demonstam capacidade de receber um elogio;</li> <li>- Identificam sentimentos e</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a atenção;</li> <li>- Promover a motricidade fina;</li> <li>- Promover competências de socialização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada participante deve entregar a cartolina com o seu elogio à pessoa que o recebe;</li> <li>- Explorar sentimentos, dificuldades e facilidades quando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nos elogiamos;</li> <li>- Elogiamos o outro;</li> <li>- Recebemos um elogio do outro.</li> </ul> </li> <li>- No final da sessão, cada participante deve guardar um envelope com duas folhas – uma com o elogio para si próprio e outra com o elogio que recebeu. Deve ser explicado que este é um recurso ao qual podem recorrer quando sentirem a sua autoestima diminuída.</li> <li>- Realizar uma síntese final sobre a aprendizagem.</li> <li>- Informar da data da próxima intervenção.</li> </ul>			<p>emoções envolvidas nas três ações anteriores.</p>
--	---	--	--	--



**AVALIAÇÃO:**

Nesta sessão participaram apenas 6 dos clientes internados à data no serviço. Dada a grande rotatividade de pessoas em situação de internamento, a maioria dos clientes encontravam-se internados há poucos dias, em agudização da sua situação de doença mental. Aqueles que participaram nesta intervenção foram os clientes com mais tempo de internamento e, por isso, com maior estabilidade sintomática.

Inicialmente o grupo manifestou alguma renitência à intervenção proposta, verbalizando falta de conhecimento do outro para poder elogiar. Optou-se por simplificar a atividade e promover o elogio verbal, sem recurso à escrita inicialmente pensada. Uma das clientes recusou realizar a atividade mas permaneceu sentada à mesa observando os restantes pares. Após serem incentivados surgiram elogios como “tem um cabelo bonito”, “sabe desenhar muito bem”, “fala bem inglês”, “é simpático comigo”.

A maioria dos participantes teve dificuldade em aceitar o elogio, apresentando uma tendência para a desvalorização do mesmo. Foi promovida a partilha sobre esta dificuldade e muitos verbalizaram estar “mais habituados a ouvir coisas más do que boas”.

No final da sessão, os objetivos propostos foram alcançados de forma satisfatória.

### 1.6. SESSÃO 4 – “O mural da autoestima” (20, 21 ou 22 Junho 2017)

Pretende-se que esta última sessão permita uma síntese e consolidação dos conhecimentos e competências adquiridas nas sessões anteriores. Permite, ainda, avaliar os efeitos da globalidade da intervenção, verificando a existência de mudança ou estabilidade nas manifestações comportamentais relacionadas com a autoestima. Nestas incluem-se a capacidade de discutir aspetos e conquistas positivas, a satisfação como reação ao elogio, a flexibilidade perante e a crítica, a abertura a novas experiências, a assertividade e a responsabilização pelos seus próprios comportamentos, por oposição à atribuição de culpa a terceiros (Townsend, 2011).

Objetivos	Estratégia	Recursos	Duração	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a reflexão de cada um sobre a sua própria autoestima;</li> <li>- Desenvolver a uma autoestima positiva;</li> <li>- Criar um recurso físico de síntese da aprendizagem.</li> </ul> <p><b>Objetivos secundários:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a atenção;</li> <li>- Estimular a memória;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentar os participantes em redor de uma mesa;</li> <li>- Realizar uma síntese das sessões anteriores com a colaboração dos participantes;</li> <li>- Pedir a cada participante que escreva ou desenhe no mural da autoestima: <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é a autoestima;</li> <li>- Porque é que ela é importante;</li> <li>- O que aprendeu de positivo sobre si;</li> <li>- O que aprendeu sobre os outros;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa</li> <li>- Cadeiras</li> <li>- Proteção impermeável para a mesa</li> <li>- Cartolina A2</li> <li>- Canetas de feltro</li> <li>- Lápis de cor</li> </ul>	1hora	<p>No final da avaliação, avaliar se os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstram conhecimentos sobre a autoestima;</li> <li>- Verbalizam aspetos positivos sobre si próprio;</li> <li>- Compreendem o impacto das relações interpessoais na</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a motricidade fina;</li> <li>- Promover competências de socialização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensagens promotoras de autoestima (para poderem ler enquanto estiverem internados e para que outros possam ler no futuro).</li> <li>- Afixar a cartolina num local visível.</li> </ul>			construção da autoestima.
--	--	--	--	---------------------------

**NOTA:**

Dada a rotatividade de pessoas em situação de internamento no serviço e a alta de muitos dos clientes que haviam participado nas sessões anteriores, considerou-se desadequada a realização desta última intervenção, pelo que a mesma não foi implementada.

Esta decisão foi tomada em conjunto com a equipa de enfermagem do local de estágio.

## **CONCLUSÃO**

A intervenção grupal apresentada constitui uma parte específica de um Projeto de Estágio de maior abrangência – apresentado à Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - sendo apenas uma das muitas partes que o compõem.

O presente documento sintetizou o planeamento de uma intervenção promotora de autoestima, devidamente fundamentada em referências bibliográficas relevantes e naturalmente adequada a uma população e a um contexto específico de intervenção.

A par da intervenção grupal, a promoção da autoestima requer também o desenvolvimento de intervenções individuais, adequadas às necessidades e recursos de cada pessoa, pelo que importa referir que também esse trabalho será desenvolvido ao longo deste módulo da unidade curricular Estágio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. C. (2010). *PESM - Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Arrais, P. (2014). Tema III Autoestima. Em C. Oliveira, P. Arrais, & S. Ladeiro, *Guia prático de empoderamento e capacitação* (pp. 83-121). Vila Real: EAPN Portugal / Núcleo Distrital de Vila Real.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl III), pp. 47-50.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem : CIPE versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Driever, M. J. (1976). Problem of low self esteem. Em C. Roy, *Introduction to nursing: an adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Guillon, M. S., Crocq, M.-A., & Bailey, P. E. (2003). The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents. *European Psychiatry*, 18(2), pp. 59-62.
- Johnson, M. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Kunikata, H., Mino, Y., & Nakajima, K. (2006). Factors affecting WHOQOL-26 in community-dwelling patients with schizophrenia. *Japanese Journal of Public Health*, 53, pp. 301-309.
- Kunikata, H., Yoshinaga, N., Shiraishi, Y., & Okada, Y. (2016). Nurse-led cognitive-behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study. *Japan Journal of Nursing Science*, 13, pp. 355-364.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

NANDA International. (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA : definições e classificação - 2015-2017* (10ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: Palgrave Macmillan.

Sampaio, F. (2010). A auto-estima na pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4, pp. 31-37.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.

Silverstone, P., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(2).

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

# **APÊNDICE 7**

## **MÓDULO 2 – AS NOSSAS QUALIDADES**





## CARTAZ "AS NOSSAS QUALIDADES"





# **APÊNDICE 8**

## **MÓDULO 1 – EXCERTOS DOS DIÁRIOS DE ESTÁGIO**



## SEMANA 1

Esta semana estive pela primeira vez no hospital de dia de Psiquiatria. Foi a minha primeira experiência, enquanto profissional e estudante, neste contexto específico de intervenção e, apesar de conseguir intuir algumas das suas características, desconhecia os seus objetivos, a logística funcional ou a intervenção de enfermagem neste contexto. Tantos fatores desconhecidos assustaram-me.

(...)

Ao longo desta semana, após o confronto com a realidade, senti a minha ansiedade diminuir progressivamente para os níveis que me permitem sentir funcional, motivada, atenta ao que me rodeia e com desejo de aprender. Às vezes tenho receio que o meu silêncio nesta fase inicial - em particular durante as intervenções em grupo - seja percebido como desinteresse ou incapacidade, mas sei que no meu íntimo se passa muito mais do que silêncio. Penso no que oiço, nas posturas corporais que observo, nas reações fugazes que passariam despercebidas se não estivesse atenta a elas - a perna da D<sup>a</sup> S. que treme quando se aproxima a sua vez de falar, o olhar da D<sup>a</sup> R. que se baixa e retrai quando se fala de morte ou os suspiros da D<sup>a</sup> V. quando é contrariada. Opto por me manter em silêncio nesta fase porque assumo que o meu desconhecimento sobre as pessoas que frequentam o hospital de dia - as suas características, percursos de vida, problemas e potencialidades - não me legitima a interferir, por enquanto, no seu processo terapêutico. Este desconhecimento do outro faz-me sentir mais curiosa do que intimidada. Não se trata, no entanto, de uma curiosidade superficial, mas sim de um desejo de conhecer a realidade do outro para o poder compreender e ajudar melhor, percebendo o que o rodeia com os seus olhos.

(...)

Parece-me que se trata de um momento na vida destas pessoas em que, se por um lado as suas fragilidades - algumas aparentemente mais estruturais do que situacionais - são ainda muito evidentes, começam também a emergir as possibilidades de criar e aprofundar recursos internos, mobilizar recursos externos e construir um processo de mudança em direção a uma vida mais gratificante e realizada. Na minha experiência de estágio anterior - focada na intervenção de enfermagem na pessoa em situação de crise - senti de uma forma por vezes frustrante que trabalhar estes aspetos era, não só frequentemente desadequado face à condição de agudização da doença, como muito difícil de concretizar no curto espaço de tempo que mediava o início da remissão dos sintomas e da crítica para a doença e a alta hospitalar. Senti que me faltava tempo e espaço para

trabalhar com as pessoas muitas das coisas que agora vejo serem trabalhadas à minha volta todos os dias. Ainda que não tenha dúvidas da importância de ter contactado com pessoas em crise no meu processo de aprendizagem, a intervenção nesta fase de reabilitação parece aproximar-se mais do que gostaria de ser e fazer enquanto enfermeira especialista.

Nestes primeiros dias tenho participado de forma passiva, em várias intervenções realizadas de forma programada no hospital de dia. Esta passividade é, no entanto, relativa, já que senti frequentemente que a minha presença constituía por si só um foco de atenção, de curiosidade, de alguma desconfiança ou recetividade. Imagino que seja a novidade que constituo que chame a atenção de quem por aqui vai sendo cuidado, porque constituo uma mudança num *setting* que se pretende securizante e a mudança, por vezes, pode ser de facto assustadora. Muitas das pessoas que aqui estão internadas verbalizam frequentemente este medo da mudança, referindo-se tanto a aspetos logísticos da vida, como a mudança de casa ou de trabalho, como a mudanças que se vão internalizando ao longo do processo terapêutico (*“Eu nunca fui assim. Não estou habituada a conseguir fazer estas coisas e por isso tenho medo. É estranho ser capaz”, “Agora que sei isto sobre mim não sei se consigo continuar a viver da mesma forma, como fiz até aqui”*). A mim a mudança também me assusta.

(...)

## **SEMANA 2**

### **QUEM SOU EU?**

Hoje estive presente numa intervenção em grupo, realizada com os adultos internados no hospital de dia. Entraram na sala com alguma lentidão, com um fâcies mais fechado do que aquele que apresentavam nos dias anteriores e sentaram-se numa sala quase totalmente forrada com papel de cenário. Pareciam curiosos mas algo desconfiados e renitentes, como se a sua experiência lhes permitisse antever que a atividade não seria fácil. Foi-lhes pedido que se levantassem, que se encostassem ao papel para que o seu contorno fosse desenhado e que, em seguida desenhassem o contorno de outra pessoa do grupo. Quando toda a sala estava cheia das pessoas que constituíam o grupo e dos respetivos contornos ainda vazios, foi-lhes pedido que fizessem “uma representação de si próprios”. De forma, para mim, expectável, houve protestos imediatos: *“Não percebo. O que é que isso quer dizer?”*, *“Eu não tenho ideias”*, *“Lá vamos nós para as pinturas, eu não sei desenhar”*, *“Eu queria era fazer relaxamento”*. Perante a assertividade da terapeuta ocupacional que implementava a intervenção, a maioria cedeu, pegando nas tintas e pincéis e começando a

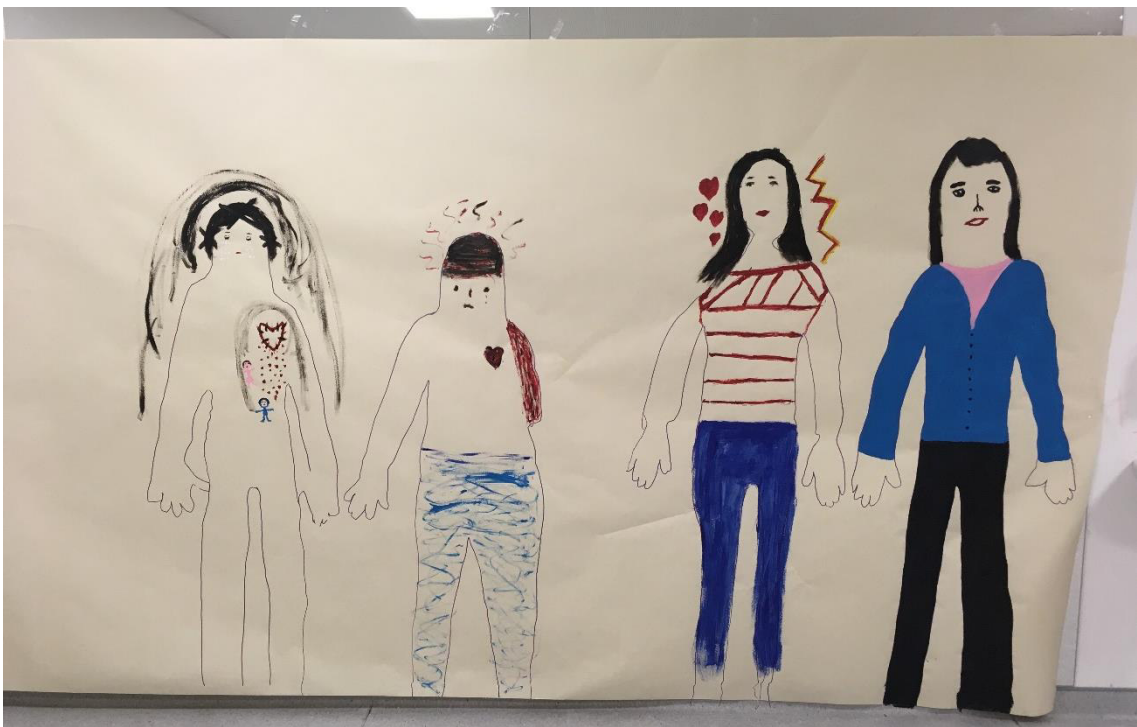
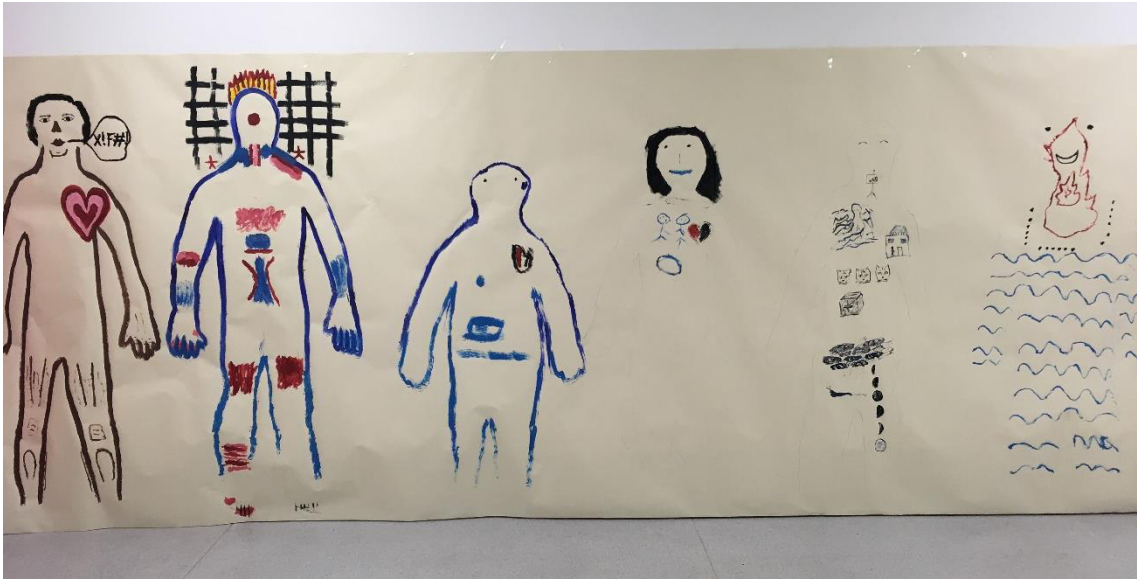
representar-se. Alguns não pareciam disponíveis para este esforço introspetivo e investiram pouco nesta representação de si mesmo, outros desenharam-se cheios de roupa deixando à vista pouco de si, alguns focaram-se no passado como quem não consegue libertar-se dele e outros num presente mais ou menos doloroso. Após um curto intervalo para lanche, todos regressaram à sala e falaram perante o grupo, com maior ou menor profundidade, sobre a representação de si e o significado daquilo com que tinham preenchido o seu contorno.

O Sr. C., um jovem com antecedentes de sintomatologia psicótica e elemento mais recente do grupo, assistia com sono à intervenção, abrindo pontualmente os olhos num movimento de quem tenta mas não consegue vencer o peso da medicação. No meu preconceito, confesso que não o imaginava capaz de se expressar da forma clara como o fez. Falou sobre as expectativas dos outros sobre si, de como a enormidade com que as percebia o tinha feito sentir-se esmagado e incapaz, de como sentia que a doença o tinha limitado desde cedo e da agressividade que sentia muitas vezes contida dentro si de uma forma difícil de gerir. Fui surpreendida, e isso fez-me pensar que devo confiar mais nas capacidades daqueles de quem cuido. Enquanto enfermeira numa unidade de cuidados intensivos, estou habituada a substituir as pessoas doentes, porque a sua condição crítica muitas vezes não lhes permite sequer respirar de forma autónoma. Há um ventilador que substitui os pulmões, uma máquina de diálise que substitui os rins, uma seringa infusora que substitui o que o coração não faz sozinho e as minhas mãos que se desdobram para substituir o outro em tudo o que, temporária ou definitivamente, o outro não consegue fazer. Reconheço que esta experiência profissional influencia a forma como me posiciono enquanto enfermeira no contexto da Psiquiatria, mas sei também que o facto de conseguir identificar esta minha característica é o primeiro passo para a tentar controlar. É por isso que quando a D<sup>a</sup> R. diz com um fôlego triste *“Eu não consigo, ajude-me. Faça você, eu não consigo”* sei que o meu primeiro impulso é o de a substituir - tornando o imediato mais fácil - mas contenho-me e faço o inverso, reforçando as suas capacidades e incentivando-a. É tão difícil que às vezes apercebo-me que junto as mãos, como quem se controla para não fazer.

No final do turno, quando falava com a enfermeira [REDACTED] e esta me perguntou como tinha sido o dia, a palavra que me saiu espontaneamente foi “compacto”, talvez porque eu própria tenha sentido a dificuldade do exercício de autoconhecimento que tínhamos pedido ao grupo. Não pude deixar de pensar que este era, de facto, um exercício difícil: pedir a alguém que explique a si e aos outros quem se é, sem usar palavras, sem medo de projetar no papel o que se pensa e se sente, expondo o passado, o presente e o futuro a descoberto, tanto para a nossa própria consciência

como para os olhos dos outros. Eu própria dei por mim a pensar que não tinha a certeza de conseguir representar-me desta forma.





## O EFEITO TERAPÊUTICO DE DIZER O QUE SE TEM A DIZER

Hoje quando regressava do almoço na companhia da enfermeira ■■■, deparei-me com o corredor do hospital de dia (habitualmente tranquilo) estranhamente repleto de utentes. Esperavam-nos com ansiedade e alguma agitação por qualquer coisa que acabara de acontecer. Não sendo o conteúdo do conflito que gerara tanta inquietação o alvo desta reflexão, a forma como foi gerido impressionou-me.

Após a resolução mais imediata do problema em questão, controlando a inquietação e a ansiedade gerais, a enfermeira ■■■ fez questão de falar individualmente, num espaço privado, com as pessoas envolvidas e de reuni-las, em seguida, para abordar o assunto em conjunto. Lembrei-me imediatamente do que me tinha dito no dia anterior, a propósito de uma outra situação, e que guardei com cuidado: *“Quando há um elefante na sala, temos que falar dele”*. Apesar de parecer algo simples, a verdade é que nem sempre o é. Várias pessoas do grupo chegaram a situações limite na sua vida, e para isso acredito que tenha contribuído o facto de não se expressarem, de se isolarem e de ignorarem problemas reais na esperança de que o silêncio os fizesse desaparecer. O meu papel, e o de qualquer profissional nesta área, tem que ser por isso promotor justamente do contrário: da mentalização e da expressão genuína do que se sente, do que se pensa e do que se faz.

(...)

Este foi o mote para abordar a questão da privacidade e da confidencialidade num grupo terapêutico, que até então me tinha parecido tão linear e que, afinal, não o é. Procurou identificar-se os erros cometidos, geraram-se alternativas de atuação entre o grupo e, subitamente, de um momento de silêncio emergiu a voz da D<sup>a</sup>. S., até então invariavelmente em silêncio, chorosa, encolhida sobre si própria e com um braço doloroso recolhido num lenço com a função de suspensão braquial, apesar da medicina não psiquiátrica não encontrar qualquer patologia para o mesmo. Os olhos cavados e com olheiras escuras mantiveram-se colados ao chão, mas da sua boca saiu de forma para mim inesperada e surpreendente uma voz que expressava (“finalmente!”, pensei eu) a raiva e ansiedade que sentia: “Vocês dizem que o que se diz aqui não sai daqui mas não é verdade! Fala-se no refeitório e eu não gosto. Passam lá pessoas e ouvem tudo! Eu fico desconfiada e vocês sabem que eu estou a ter dificuldade em falar no grupo!”. Assim que terminou o que tinha a dizer, recolheu-se novamente mas não pude deixar de sorrir para dentro ao pensar que, afinal, aquela mulher tinha voz e sentia emoções de forma suficientemente intensa para se zangar e para se expressar perante o grupo!

De facto, um grupo terapêutico tem imperativamente que ser um ambiente seguro para quem a ele pertence. Partilha-se, entre pessoas por vezes quase desconhecidas (apesar dos laços que se criam ao longo do tempo pela proximidade e intensidade do tempo vivido em conjunto), aspetos muitas vezes secretos da vida de cada um: o número infindável de vezes que uma garrafa de álcool foi a única solução, a infância vivida com abandono e negligência dos pais, a doença mental e o estigma associado à mesma, a medicação que se toma e os seus efeitos, ou os conflitos familiares, entre tantos outros temas sensíveis. Talvez por isso este momento tenha sido tão importante para o grupo e para mim, ajudando-nos a todos a refletir sobre a confidencialidade que partilhamos como o reflexo de um respeito fundamental pela privacidade e história de vida do outro.

### **SEMANAS 3 E 4**

#### **QUANDO CUIDO DE PESSOAS APRENDO SOBRE A PESSOA QUE SOU**

Estas últimas semanas foram para mim difíceis. O ritmo foi acelerado, dando-me pouco tempo para respirar entre as correrias que vou fazendo entre os meus dois mundos – o Hospital de Dia de Psiquiatria e a Unidade de Cuidados Intensivos. Nesta fase da minha vida, em que sinto que são os meus projetos profissional e académico aqueles que mais beneficiam da minha dedicação e esforço no dia-a-dia - com a minha vida pessoal aparentemente em espera até que possa surgir de novo – surpreendo-me com o que tenho vindo a (re)descobrir sobre mim própria.

Na última semana forcei-me e forçaram-me a sair da minha zona de conforto. Até à terceira semana deste módulo do estágio estive numa posição de observadora. Particpei nas intervenções implementadas pelos diferentes membros da equipa multidisciplinar sempre que me pareceu adequado, sem sentir no entanto que as dinâmicas que me rodeavam dependessem de mim ou fossem influenciadas pela minha presença até então pouco interventiva. Tenho aprendido muito sobre as técnicas e os aspetos mais práticos da intervenção na saúde e na doença mental, mas também muito sobre mim. Hoje sei que tenho a paciência necessária para escutar, a curiosidade para tentar compreender o outro e a sensibilidade para ver o que não é assumidamente exposto. Sei ainda que o meu conforto está no silêncio, no poder observar enquanto formulo hipóteses e penso na forma como posso integrar o que outro me diz e faz (às vezes até sem querer dizer ou fazer). Mas sei também que para intervir nada disto basta: é preciso que tente uma e outra vez e isso implica expor-me ao outro, a mim, a falhar e a tentar de novo.

Desconfio que o meu apego à necessidade de controlo explique o facto de me sentir confortável numa posição mais observadora do que interventiva. Fico ansiosa perante a ideia de me colocar em

situações em que potencialmente posso perder o controlo de tudo e de todos, nem que seja no meu imaginário. Racionalmente sei, pela minha própria história de vida, que há coisas que não estão nas nossas mãos para serem controladas, que só me resta reconhecer que elas existem e aprender a enfrentá-las. No entanto, a ansiedade surge sempre porque me assusta a ideia de mostrar ao outro e a mim própria o que não sei gerir. Tenho medo de falhar.

Na última semana fui projetada para fora desta minha zona de conforto ao implementar a minha primeira intervenção em grupo no Hospital de Dia. Estava receosa mas entusiasmada, porque tenho sido surpreendida quase diariamente e de uma forma muito positiva com os efeitos terapêuticos da intervenção em grupo (às vezes apercebo-me que até sorrio sem querer quando percebo que alguém tomou o primeiro passo para se abrir perante o grupo ou que, de forma espontânea e sem qualquer técnica, há alguém que diz exatamente o que o outro precisa de ouvir). Planeei o que queria fazer ao detalhe, sabia onde queria chegar, mas atrapalhei-me no caminho com coisas que não me tinham sequer ocorrido como potenciais problemas - entrar na sala e não saber onde me posicionar, o tom de voz que não saía com o volume que se impunha, a assertividade que não tive para gerir as conversas paralelas, os momentos determinantes ou as dificuldades individuais sem prejuízo do grupo. No fim recebi feedback da enfermeira que me tem orientado neste percurso e integrei-o com o respeito que tenho pela crítica construtiva de quem sabe. Sei que não teria aprendido tanto se tivesse feito tudo certo, mas nem por isso é para mim fácil falhar. Por um lado descansa-me saber que aquilo em que falho são os aspetos mais simples e passíveis de serem melhorados com a experiência, por outro fico zangada comigo própria por falhar no simples e não no complexo. Às vezes gostava de ter nascido ensinada.

Comecei esta reflexão reconhecendo que tinha sido forçada a sair da minha zona de conforto e, nestas duas semanas, isso não aconteceu exclusivamente no Hospital de Dia. Até para a Unidade de Cuidados Intensivos onde trabalho os últimos dias foram de uma agitação maior, com situações particularmente agudas, de gestão quase impossível e com a morte à espreita, esperando pacientemente durante várias horas de confusão e pressão, até que alguém de bata branca chegasse à conclusão que os recursos disponíveis de nada serviam. Também na unidade fico ansiosa com a ideia de falhar, de não estar à altura. Revejo este medo de não controlar em muitas das pessoas que me rodeiam nesta parte do meu mundo e identifico-me. Afinal, mesmo sem querer, também partilho algumas características com quem se sente bem neste mundo intensivista.

Apesar da minha insatisfação com o facto de ser enfermeira neste contexto profissional – onde a minha intervenção é essencialmente dependente da prescrição de outros, onde sinto que os

movimentos de autonomia são considerados inapropriados e reprimidos porque incomodam, onde a intervenção na saúde mental de quem cuido é qualquer coisa que posso fazer de forma extraordinária, sem reconhecimento, se tiver vontade de o fazer, porque dizem que “tenho jeito” e não porque estou a estudar para aprender a fazê-lo – a verdade é que reconheço e reconheço-me características que fazem de mim uma boa enfermeira de cuidados intensivos. Sou organizada e metódica. Sou curiosa e procuro sempre saber mais. Consigo intervir em situações e emergência e urgência com a tranquilidade necessária em situações limite. E se consigo fazer isto aqui, porque é que não hei-de conseguir fazê-lo na Psiquiatria, se quero tanto aprender a fazê-lo? Serão obviamente contextos muito diferentes, mas se a experiência sem gosto me deixou chegar aqui, onde é que poderei chegar com experiência e desejo de saber mais? Há uns dias, num momento de maior cansaço, partilhei com uma colega da unidade qualquer coisa como “Aqui tenho o conforto saber fazer e o desconforto de não querer estar. Na Psiquiatria quero muito estar mas tenho o desconforto de sentir que não sei o que faço”. Talvez não tenha sido totalmente justa comigo quando o disse porque, na realidade, vou sabendo cada vez mais o que faço no contexto da saúde e da doença mental, mas esta regressão de proficiente a iniciada é para mim desconfortável e difícil de gerir.

Apesar destes receios e dificuldades, quero muito ir para o desconfortável porque sinto que é nele que me aproximo mais do que sou, do que gosto e me estimula, do que quero ser enquanto pessoa e profissional. Posso dizer, com (muita) vergonha, que na unidade cuido com um certo grau de automatismo do “senhor da cama 16”; às vezes até d’o 16”. Esta semana estive mais de seis horas seguidas junto de um “16” instável, com necessidade de ECMO venoarterial, técnica dialítica, chocado para além do razoável por múltiplas paragens cardíacas e com doses infinitas de amins. E apesar do tempo que passei junto dele, numa tentativa de lhe salvar a vida, não só não sei o seu nome, como não me lembro de ter tido a curiosidade de o tentar saber no meio do caos que se havia instalado. Entristeço-me comigo própria por isso e sinto que aprendo menos quando cuido de um número ou de qualquer outro tipo de rótulo. Enfio com mestria catéteres onde eles devem estar, ligo máquinas, controlo parâmetros e alarmes, às vezes salvo vidas, outras vezes cuido dos corpos que sobram. Se na Psiquiatria o meu conforto é no silêncio, na unidade falo mais do que oiço, porque do outro lado não há muitas vezes mais do que uns olhos fechados e uma boca entreaberta por um tubo ligado a um ventilador. Há muito que decidi que não queria ser esta enfermeira, mas por enquanto é aqui que me vou mantendo, cada vez mais esmagada por algo que não quero ser nem fazer. Sinto-me diferente porque estou rodeada de pessoas que se entusiasmam mais com a última tecnologia do que com a história e as necessidades não fisiológicas de quem

precisa dela. Não partilho deste entusiasmo e isso faz-me muitas vezes sentir que apesar das competências que tenho adquirido ao longo dos anos estou deslocada, sou diferente, sou a “estranha”.

O que quero ser é a Inês - enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (apesar das vozes que se vão insurgindo dizendo “não sabes o que dizes”, “és louca”, “queres ir aturar malucos?!” ou até “mas tu és tão boa nisto [nos cuidados intensivos], é um desperdício ires para a Psiquiatria!”) - que cuida de pessoas com nomes e com histórias de vida. Que trabalha com elas para poder ajudá-las a viver melhor, a conviver com a doença e o sofrimento que têm dentro e a crescerem para se tornarem numa versão melhor de si. Desperdício é ficar onde não sou feliz.

Nesta fase da minha reflexão, impõe-se a questão: então como é que me posso tornar no que quero ser? Como é que posso ser a tal enfermeira de cuidados intensivos que se tornou enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica?

A forma de me tornar no que quero ser é o caminho que escolhi. Estudar sobre esta área para poder intervir de forma fundamentada, delinear objetivos e expor-me de várias formas para os conseguir concretizar, desenvolver competências complexas, refletir sobre onde estou e onde quero estar e investir neste período académico em que, sob supervisão, posso observar, tentar, falhar e alcançar.

Quando decidi estudar a temática do luto no meu Mestrado em Enfermagem Avançada alguém me disse que nunca escolhíamos estudar um tema por acaso. Na altura não percebi bem a dimensão do que me estava a ser dito mas percebi, com o tempo e com as experiências de perda que se seguiram, que, de facto, precisava de me aproximar deste tema porque ele era muito difícil para mim. Mais recentemente, decidi estudar a autoestima e não posso achar, desta vez, que o tema foi aleatório. A verdade é que tenho as minhas inseguranças e apesar de me valorizar, também eu cedo à tentação de pensar e sentir que valho menos quando falho. Trabalhar a autoestima, enquanto opção que tomei neste percurso é, por isso, encontrar no trabalho com o outro uma forma de me trabalhar também a mim.

Estar disponível para aprender no contacto com aqueles de quem cuido é assim indispensável neste meu processo de crescimento e transformação. Afinal, conhecer o outro é conhecer-me a mim: o perfeccionismo da D<sup>a</sup> R. é também o meu desejo de ser perfeita, a raiva da D<sup>a</sup> V. porque as pessoas morrem e nos deixam é também a minha raiva, o medo da D<sup>a</sup> I. de enfrentar e resolver problemas é também o meu. A diferença é que o meu perfeccionismo, a minha raiva e o meu medo, sendo

traços de mim, não estão tão fortemente enraizados, não me paralisam e não me provocam doença.

Não é só ao conhecer o outro doente que aprendo sobre mim. Aprender com modelos - profissionais que já fizeram o mesmo percurso em que agora me encontro - também também sido uma parte muito importante deste meu projeto. Conhecer as técnicas e aprender a dominá-las é um exercício indispensável para que me torne especialista, porque para além de aprender a ser, tenho também que aprender a fazer. Sei que não vou terminar esta especialidade com a mestria de quem o faz todos os dias, mas quero ser paciente e justa comigo. Confio que o tempo, a vontade e o esforço, encarregar-se-ão de me ajudar a chegar onde quero ser e estar.

## **SEMANAS 5 E 6**

### **AS RELAÇÕES TERAPÊUTICAS TAMBÉM TÊM UM FIM**

O módulo 1 da unidade curricular Estágio tem sido para mim uma experiência rica pela diversidade de experiências e intervenções com que tenho podido contactar. As duas últimas semanas não foram exceção e, por esse motivo, várias situações poderiam ter servido de base para esta reflexão.

A quinta semana do estágio começou com a entrevista ao Sr. J. - acompanhado pela esposa igualmente idosa - no dia da sua admissão no Hospital de Dia de Psicogeriatria. Era um homem de aparência descuidada, de fato de treino e barba por fazer, de uma magreza extrema, curvado pela doença, pela dependência e pelo desânimo. Percebia-se no discurso de ambos que se tinha tornado na sombra de um homem outrora funcional, jornalista financeiro de profissão e com uma imensa cultura geral. A esposa, por sua vez, apareceu perante nós inundada de dúvidas e com a insegurança de quem quer cuidar mas nem sempre sabe como (“Acha que faço bem? É assim que se faz? É que eu não sei senhora enfermeira, não sei se estou a fazer bem...”). Ao ver este casal que me pareceu tão frágil, não pude deixar de identificar neles uma imagem semelhante à dos meus avós maternos. Também o meu avô se tem vindo lentamente a tornar-se numa sombra mais lenta e confusa do homem de negócios independente, inteligente e sociável que um dia foi. Também a minha avó poderia ser aquela mulher aparentemente mais nova e mais saudável, tão unida ao seu marido de várias décadas de vida partilhada e, no entanto, tão sozinha na presença de um homem que já não era o que sempre tinha sido. Por um breve momento, confesso que senti o desejo de consolar aquela mulher que acabara de conhecer, como se ela fosse a minha avó e pudesse fazê-lo - quis dizer-lhe “sim, está a fazer o melhor que sabe” ou de a abraçar quando começou a chorar com uma tristeza genuína - e sei que o facto de ter contido este movimento se deve ao facto de ter conseguido perceber no imediato a sua origem. Tenho investido muito em conhecer mais de mim

e de mim com os outros ao longo deste percurso de especialização e sinto que isso me ajuda cada vez mais nas decisões que vou tomando quando cuido do outro neste contexto.

A par da situação vivida com este casal, esta reflexão poderia também centrar-se na forma como (apesar de com alguma ansiedade) me vou sentido mais preparada para estar enquanto enfermeira no meio de um grupo. Em dois dias diferentes, por situações imprevistas e de difícil logística para o serviço, vi-me numa sala com o grupo de idosos que frequentam o Hospital de Dia de Psicogeriatria, com a responsabilidade de garantir as suas atividades durante cerca de uma hora. Na primeira sessão promovi a apresentação dos vários elementos, essencial para que eu própria os conhecesse, mas também para que os novos elementos integrassem o grupo. Cada um falou sobre si, sobre a sua origem e a profissão que um dia haviam exercido e senti o ambiente como tranquilo, acolhedor e até prazeroso, tanto para mim como para aqueles de quem estava a cuidar (alguns sorriam, outros tentavam interromper na ânsia de falar de si e outros, mesmo em silêncio, pareciam estar atentos). Surpreendi-me porque, apesar do receio inicial, senti-me mais confiante, confortável e atenta aos aspetos que tomei consciência que tinha que melhorar após a primeira intervenção com o grupo da Psiquiatria de Adultos. Simultaneamente vou conseguindo tomar mais consciência da minha postura, estou atenta ao meu corpo e ao meu tom de voz, mas também aos que me rodeiam e às suas necessidades. Antecipo quem vai pedir ajuda de forma espontânea e quem vai precisar que me aproxime, sei quem devo conter e quem devo incentivar a continuar. Não pude deixar de me aperceber que me sinto mais confortável a intervir junto dos idosos do que dos adultos e imagino que talvez isso resulte do facto de me sentir menos ameaçada. O grupo dos adultos tem sido para mim muito motivador, pela sua riqueza em interações complexas e em pessoas com histórias de vida que ilustram experiências tão dolorosas como a de viver com uma personalidade profundamente destruturada, a de viver com medo, em omissão, em conflito ou num silêncio que não se consegue quebrar porque não se sabe nem se consegue ter uma voz ativa na própria vida. Tantos desafios juntos tornam a experiência de cuidar destas pessoas altamente desafiante, porque cuidar significa mexer em estruturas muitas vezes pouco sólidas e que se defendem a cada pequeno toque que se lhes dá. Às vezes há agressividade nas vozes e nos gestos, há manipulação e raiva, há renitência e insatisfação e todos esses comportamentos e as emoções que lhes estão associadas despertam em mim medo. Medo que alguma dessas coisas me seja dirigida, me exponha à incerteza e que eu não as saiba gerir.

Qualquer uma destas temáticas poderia ter servido de mote para várias páginas de reflexão, mas sinto que nesta fase do estágio, em que me aproximo do fim de mais uma etapa, também eu preciso



de refletir sobre o fim das relações, em particular aquelas que se desenvolvem quando cuido do outro. Desde o primeiro dia em que participei num grupo terapêutico no hospital de dia que percebi que o fim do tempo de internamento constituía uma transição importante, merecedora de atenção, validação e de uma preparação atempada. Se por um lado há quem nos primeiros dias de internamento diga desesperadamente e com uma crítica limitada “Eu não quero estar aqui, quero ir embora”, também quem se aproxima do fim de um percurso doloroso, transformador e de grande investimento assume um fâcias angustiado e diz “Eu tenho medo, não sei como é que vai ser quando sair daqui. Lá fora é diferente”. Apercebo-me que para muitas das pessoas que me rodeiam o internamento no hospital de dia foi uma oportunidade de mudança, para trabalharem aquilo que se dispuseram a trabalhar sobre si, onde se sentiram cuidados, compreendidos, contidos e estimulados de uma forma que por vezes suponho inédita. Para muitas destas pessoas, acredito que este cuidado seja uma novidade nas suas vidas, tantas vezes repletas de histórias de abandono, maus tratos, mentira, doença, solidão ou incompreensão.

Na quinta semana do meu estágio a D<sup>a</sup> R., após vários meses de internamento, entrou em período de “pré-alta”. Deixou de frequentar todas as intervenções do hospital de dia para estar presente em apenas três por semana e assim se vai procurando soltar o cordão que a uniu diariamente nos últimos meses a um espaço físico, a uma pulseira de identificação, a dias completos no hospital, a refeições escolhidas e preparadas por outros, a medicação gerida por profissionais, e a uma equipa sempre presente de forma consistente e organizada. A D<sup>a</sup> R. começou a semana sorridente, motivada para a alta, fazendo questão de o repetir espontaneamente em várias situações, e dizendo que gostaria de preparar uma atividade para o grupo, como quem se vai começando a despedir. Preparou uma atividade com aquilo que mais gostava - música e movimento - procurou que os outros elementos do grupo aderissem, envolveu aqueles que lhe eram mais próximos na preparação e execução e nesse dia saiu feliz com o resultado do que havia implementado. Ao longo da semana manteve-se sorridente, mas reparei que procurou a enfermeira do hospital de dia como quem antecipa a despedida e se confunde na ambivalência de querer ir e querer ficar. Não que ficar signifique necessariamente o permanecer no tal espaço físico, com as ditas regras e limitações impostas por agentes externos, mas sim o querer ficar junto de pessoas que a ajudaram a conhecer-se melhor, a tentar mudar o seu padrão relacional consigo, com os outros e com o mundo, a expor segredos até então insondáveis e a tornar o mais íntimo de si e da sua história de vida passada numa influência reconhecida no presente. Quando chega a hora de regressar a casa, a D<sup>a</sup> R. aproxima-se invariavelmente do balcão onde a enfermeira trabalha para se despedir, mas remata sempre com as questões que provavelmente a afligem “Posso continuar a falar consigo, não é?”,

“A enfermeira continua a ter tempo para mim?”, “Quando é que podemos falar um bocadinho?”. Num dos dias teve como resposta, acompanhada de um sorriso e com sentido de humor, “A R. está a fazer o desmame do hospital de dia”. Esta resposta pareceu, de facto, validar o que estava a sentir porque respondeu com seriedade “É isso mesmo...”. Afinal, quebrar com um estado prévio é um processo que requer flexibilidade e um tempo que é de cada um.

Quando se consolida uma relação verdadeiramente terapêutica parece-me natural que possa ser difícil quebrá-la, porque isso implica largar a mão e imaginar a vida e os seus desafios sem o apoio quase diário de quem potenciou que se conseguisse fazer algo nunca antes feito. A vida fora do hospital de dia é a vida do trabalho, das responsabilidades, dos padrões prévios, das relações e dos seus conflitos, e quase todos têm medo de regressar a ela – a D<sup>a</sup> R. receia o trabalho porque ele representa uma fase de manipulação e mentira da sua vida então dominada pelo consumo de álcool, a D<sup>a</sup> A. tem medo de regressar a casa porque nela vive o seu marido violento que a domina e minimiza, o T. tem medo de regressar a casa porque nela há um armário de roupa por arrumar há vários anos que representa a sua incapacidade para resolver problemas. Na vida fora do hospital de dia as pessoas são pessoas e não profissionais. Quantas vezes conseguimos encontrar nas relações sociais - familiares, de amizade, com colegas de trabalho, ou conhecidos - a neutralidade na escuta, o silêncio sem opiniões que não pedimos, a ausência de julgamento pelas escolhas erradas e a capacidade de transformar tudo isso em autoconhecimento, crítica para as situações do passado e do presente, novas competências e novas metas futuras? Os técnicos têm não só a formação específica necessária, como uma intencionalidade terapêutica naquilo que fazem e esses aspetos são essenciais para que se desenvolvam relações securizantes, de confiança e de uma autenticidade que permite que o outro se desenvolva. Claro que nenhuma das pessoas internadas no hospital de dia tem alta sem o compromisso de um acompanhamento individual ajustado às suas necessidades, mas o medo da mudança e do fim destas relações existe e deve, por isso, ser trabalhado. Nunca o termo “preparação para a alta” - tão presente em qualquer manual e nos ouvidos de qualquer estudante de Enfermagem desde o primeiro ano da licenciatura - me fez tanto sentido como agora que me vejo envolvida na área da saúde mental.

Mas será que são só as pessoas doentes que precisam de se preparar para o fim de uma relação terapêutica? Sendo o projeto terapêutico naturalmente centrado na pessoa que precisa de ajuda, parece-me natural que o impacto do fim de uma relação terapêutica seja mais sentido e de uma forma mais profunda por esta. No entanto, apercebo-me que não se trata de um processo unilateral, não acontece exclusivamente com quem está doente e também os técnicos parecem ter

que gerir o fim (pelo menos de algumas) das relações terapêuticas que constroem com quem cuidam. Eu não sou exceção, e talvez por isso tenha sentido necessidade de refletir sobre este fim, numa altura em que eu própria me aproximo do fim dos meus dias no hospital de dia e do início de um estágio em cuidados paliativos, onde aqueles de quem irei cuidar se aproximam do fim (para mim) máximo que é o fim da vida.

Esta semana, na orientação tutorial com os restantes colegas que também se encontram a fazer este percurso, foi-nos proposto que identificássemos e refletíssemos brevemente sobre uma situação, em contexto de estágio, em que tivéssemos sido nós próprios o fator terapêutico para outra pessoa. Não foi um exercício fácil para mim e, na altura, o que me surgiu espontaneamente foi a relação que estabeleci com a D<sup>a</sup> V., num processo de luto difícil, internada em contexto de crise no módulo 2 do estágio. Se hoje me fizessem a mesma pergunta, talvez escolhesse a D<sup>a</sup> P., que acompanhei no mesmo contexto após uma tentativa de suicídio, em quem investi muito tempo, conhecimento e desejo de conseguir ajudar, para trabalhar a sua autoestima, a crítica para a doença e os seus objetivos para o futuro. Foi uma relação que durou várias semanas, de grande desafio mas muito gratificante. Com a D<sup>a</sup> P. senti que, de alguma forma, a minha presença lhe era útil mas que a nossa relação se desenvolvia sempre no sentido da sua própria aquisição de competências e da autonomia para quando eu já não estivesse presente. Um dia cheguei ao serviço e soube que a D<sup>a</sup> P. havia tido alta nos dias em que tinha estado ausente. Não fiquei triste, mas não pude deixar de pensar que gostaria de me ter despedido, de continuar a ter notícias do seu percurso e de garantir que teria o acompanhamento necessário no futuro. Não será natural que o fim de uma relação terapêutica não me seja indiferente? Como é que posso pôr algo de mim na relação com o outro e não sentir o fim desse algo para o qual também contribuí? Apesar de sentir esse fim, tenho para mim claro que o resultado de qualquer processo terapêutico não é meu, é do outro que dele precisa. Ainda assim, orgulho-me quando vejo que a D<sup>a</sup> R. está pronta para ter alta ou que a D<sup>a</sup> A. vai dando os seus primeiros sinais de revolta e de manifestação da sua vontade, durante tantos anos reprimida. Tudo isto que sinto é, afinal, o resultado da relação que estabeleci com o outro e que, por isso, não é só dele nem é só minha.

O fim de uma relação terapêutica é algo para mim ainda complexo de gerir. Acredito que a experiência dos próximos anos vá certamente ajudar-me a definir limites, a continuar este exercício fundamental de compreender o que transiro e contratransiro nas relações, quem sou enquanto pessoa e profissional e como é que posso pôr isso ao dispor do outro para que ele possa fazer o seu próprio caminho. E enquanto ele percorre o seu, eu vou caminhando também.



# **APÊNDICE 9**

## **MÓDULO 1 – ESTUDO DE CASO DE GRUPO**



Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

# Estudo de Caso

O percurso de um grupo de adultos  
num Hospital de Dia de Psiquiatria

Módulo 1 - Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção

Inês Robalo Nunes

192016022

Orientação:

Professor Doutor Paulo Seabra

Sra. Enfermeira 

Lisboa, Outubro de 2017

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	195
1. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO – HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA .....	197
2. O CLIENTE GRUPO .....	200
2.1. Apreciação de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman .....	200
3. DESCRIÇÃO DO PERCURSO TERAPÊUTICO .....	213
❖ 26 DE SETEMBRO – PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA 1 .....	214
❖ 4 OUTUBRO – MÚSICA E MOVIMENTO.....	220
❖ 9 OUTUBRO – GRUPO TERAPÊUTICO .....	223
❖ 10 OUTUBRO – TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS .....	225
❖ 12 OUTUBRO – GRUPO TERAPÊUTICO .....	227
❖ 13 OUTUBRO – PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA 2 .....	229
4. AVALIAÇÃO DO PERCURSO TERAPÊUTICO.....	235
5. CONCLUSÃO .....	238
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	239



## INTRODUÇÃO

A realização do presente estudo de caso foi desenvolvida no Módulo 1 da Unidade Curricular Estágio - Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção. Com a sua elaboração, pretende-se analisar o percurso de um grupo de adultos, acompanhados em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria num hospital da grande região de Lisboa.

A realização de um estudo de caso grupal constituiu uma estratégia para a consecução da globalidade dos meus objetivos – definidos no Projeto de Estágio, submetido à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – que incluem o conhecimento do contexto de cuidados, a implementação de intervenções terapêuticas e o autoconhecimento. Ainda que a realização de um estudo de caso de grupo, e não de um cliente em particular, não tenha sido uma estratégia definida no início do estágio, assumiu-se como a opção mais viável e adequada após algumas semanas no contexto, tendo em conta que a metodologia de intervenção no Hospital de Dia se fundamenta nas potencialidades do trabalho em grupo para o desenvolvimento do percurso de cada um.

Apesar da adequação metodológica, a análise do percurso de um grupo de pessoas com doença mental foi para mim um grande desafio. Identificar e compreender a estrutura – reconhecendo que ela é o resultado da estrutura individual de cada um dos seus elementos – as interações estabelecidas e as suas dinâmicas, a forma como os objetivos do grupo e de cada um são trabalhados em simultâneo e os efeitos das diferentes intervenções desenvolvidas pela equipa multidisciplinar, tornam o processo de analisar este percurso terapêutico em algo complexo, multifatorial, dependente de várias horas de contacto e necessariamente incompleto.

Tendo em conta que o foco do presente estudo de caso é o cliente grupo na sua totalidade, considerou-se adequada a mobilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, como referencial teórico subjacente ao processo de enfermagem.

Em termos estruturais, o documento encontra-se organizado numa lógica de acompanhamento longitudinal da experiência grupal. Assim, o primeiro capítulo refere-

se à caracterização do cliente grupo, seguindo-se a apresentação de algumas das intervenções implementadas e a análise do percurso terapêutico desenvolvido. Por fim, apresentam-se as conclusões e as referências bibliográficas de acordo com a norma da APA, sexta edição.

## **1. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO – HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA**

Para compreender a evolução do grupo é necessário conhecer o *setting* terapêutico, ou seja, o contexto em que o mesmo se desenvolve, incluindo aspetos como o local físico, as atitudes e as regras de funcionamento (Zimerman, 1993).

O Hospital de Dia de Psiquiatria encontra-se no situado no piso térreo de um hospital da região da grande Lisboa. Tem acesso direto ao exterior através da sala de espera, cuja porta se encontra sob a vigilância de um segurança. É um espaço totalmente interior, sem janelas, constituído por duas salas de trabalho: 1- Atelier, de menores dimensões, com mesas, cadeiras, um computador e material diverso; 2- Ginásio, constituído por um espaço aberto com uma parede forrada com espelho, cadeiras, uma televisão de grandes dimensões e dois armários com material diverso. O hospital dia inclui ainda uma sala de refeições com capacidade para 22 pessoas, duas instalações sanitárias, um balcão de trabalho e um gabinete onde se encontra armazenada a terapêutica farmacológica em carro próprio.

O hospital de dia de Psiquiatria é partilhado por dois grupos – Geral (Adultos) (máximo de 12 pessoas) e Psicogeriatría (máximo de 10) – com exceção da 4ª feira, dia em que os utentes da Psicogeriatría não frequentam o hospital de dia. Os utentes da Psiquiatria Geral são admitidos no hospital de dia diariamente, a partir das 9h e recebem uma pulseira de identificação que devem manter até lhes ser dada alta, todos os dias às 16h. À 4ªfeira, os utentes têm alta às 13h. As refeições do pequeno-almoço, almoço e lanche são fornecidas pelo hospital, bem como a medicação psiquiátrica que é preparada e administrada pela enfermeira da equipa.

Existe um período experimental de duas semanas no hospital de dia, considerado o período necessário para uma adaptação básica às normas e regras de funcionamento. Estas incluem o cumprimento dos horários estipulados e a presença nas atividades definidas. Não são permitidos consumos de substâncias (álcool, drogas e medicação para além da prescrita pela equipa médica), não é permitido ao utente ausentar-se fora dos períodos definidos e sem autorização da equipa técnica, e não podem ser realizadas vendas, trocas ou empréstimos de objetos entre os utentes em tratamento. As relações no exterior são desaconselhadas. É obrigatório o sigilo em relação a tudo o que é partilhado no contexto do grupo.

Após o período experimental existe um limite de faltas injustificadas (cinco). Caso este limite seja ultrapassado, o utente fica sujeito a expulsão. A justificação das faltas deve ser entregue ao técnico de referência de cada utente.

A equipa multidisciplinar do hospital de dia de Psiquiatria é constituída por uma médica psiquiatra e um interno de Psiquiatria, uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social (partilhada pelos dois grupos do hospital de dia) e um assistente operacional.

Várias intervenções são implementadas de forma flexível, de acordo com as necessidades do grupo. No entanto, existem intervenções fixas no plano semanal que incluem:

- 2ª feira no período da manhã - Grupo terapêutico (liderado pela Enfermeira Especialista, em conjunto com a restante equipa);
- 3ª feira no período da tarde – Treino de Competências Sociais (Terapeuta Ocupacional);
- 5ª feira no período da manhã – Grupo terapêutico (liderado pela Psicóloga, em conjunto com a equipa médica).

	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
<b>Manhã</b>	<b>Grupo</b>	Enfermeira	Terapeuta	<b>Grupo</b>	Enfermeira
9h-11h	<b>Terapêutico</b>	Especialista	Ocupacional	<b>Terapêutico</b>	Especialista
11h15-12h	(Enfermeira Especialista)			(Psicóloga)	
<b>Tarde</b>	Terapeuta	<b>Treino de</b>		Enfermeira	Enfermeira
14-15h30	Ocupacional	<b>Competências</b>		Especialista	Especialista
		<b>Sociais</b>			
		Terapeuta			
		Ocupacional			

**Tabela 1** – Planeamento semanal do Hospital de Dia de Psiquiatria

A maioria das intervenções desenvolvidas no hospital de dia são realizadas em contexto de grupo. No entanto, todos os clientes têm acompanhamento individual pela médica psiquiatra ou pelo interno da mesma especialidade e alguns têm apoio individual pela Psicóloga.

O hospital de dia apresenta vários objetivos transversais à intervenção de todos os profissionais da equipa multidisciplinar. Estes encontram-se definidos no contrato terapêutico-reabilitativo, entregue a todos os clientes aquando da sua admissão, e incluem:

- Melhoria do bem-estar;
- Desenvolvimento de competências;
- Facilitação da reintegração social, escolar/profissional e familiar;
- Diminuição da necessidade de internamento.

Apesar de se tratar de um trajeto percorrido em grupo, cada cliente desenvolve, em simultâneo, um percurso que é único e individual. Após as duas semanas de período experimental, cada um recebe do seu técnico de referência um formulário que deve completar com o seu projeto terapêutico, definindo, ainda que de forma breve, aqueles que considera serem os seus principais problemas e os objetivos específicos a que pretende dar resposta no tempo de acompanhamento no hospital de dia. Este contrato é assinado e datado, pelo utente e pelo seu técnico de referência, e constitui um compromisso bilateral face ao tratamento.

No que respeita especificamente à intervenção de Enfermagem no hospital de dia de Psiquiatria, esta não se baseia formalmente em nenhum modelo ou teoria de enfermagem. No entanto, as intervenções desenvolvidas são passíveis de ser enquadradas, em termos individuais, no âmbito dos três níveis de prevenção definidos pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Estas intervenções são de grande complexidade no contexto da intervenção grupal porque têm como objetivo central a estabilidade do sistema indivíduo, mas também de um sistema grupo mais alargado, no qual vários sistemas individuais únicos interagem. Não é possível categorizar o nível de prevenção de uma dada intervenção para a totalidade do grupo, já que, a título de exemplo, uma intervenção de estimulação cognitiva pode simultaneamente constituir uma intervenção ao nível da prevenção primária para um elemento do grupo sem défice cognitivo e enquadrar-se ao nível da prevenção secundária para outro elemento com défices ligeiros.

## **2. O CLIENTE GRUPO**

O cliente alvo de cuidados promotores de saúde mental e de prevenção da doença retratado no presente estudo de caso é constituído por um grupo de pessoas adultas, com idade superior a 18 e inferior a 65 anos de idade, em acompanhamento num Hospital de Dia de Psiquiatria.

O grupo funciona com um limite máximo de 12 pessoas e trata-se de um grupo aberto, onde se verifica a entrada e saída de elementos de forma não consertada, de acordo com o projeto terapêutico de cada um. Assim, em qualquer momento verificam-se novas admissões e altas, estas últimas precedidas de um período designado por “pré-alta”. Neste período, os utentes frequentam apenas os grupos terapêuticos de 2ª e 5ª feira, bem como a sessão de treino de competências sociais. Não fazem as refeições no hospital de dia e são também responsáveis pela preparação e autoadministração da terapêutica farmacológica no domicílio.

No período de tempo compreendido entre 26 de Setembro e 24 de Outubro de 2017, o grupo foi constituído por um total de 15 pessoas. Tendo em conta o facto de cada elemento influenciar e ser influenciado pelo restante grupo, e da relevância de compreender as interações estabelecidas no decurso do processo terapêutico de cada um, assumiu-se como necessário o conhecimento de cada um dos elementos. A colheita de dados foi realizada através da consulta dos processos clínicos, do esclarecimento junto dos profissionais de saúde da equipa multidisciplinar e do contacto individual com alguns clientes, para esclarecimento de aspetos relevantes.

### **2.1. Apreciação de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman**

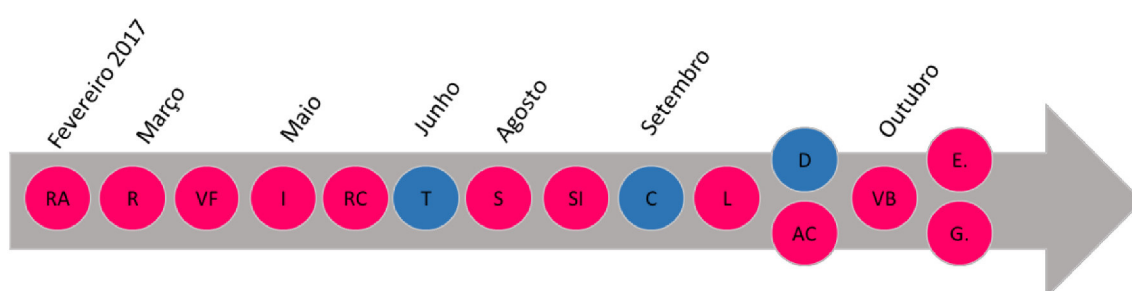
Um grupo é maior do que o somatório simples das partes que o compõem, constituindo uma nova entidade que decorre das características das suas partes, mas também da comunicação e da interação entre estas (Zimerman, 1993). Assim, conhecer o grupo é necessariamente conhecer mais do que os indivíduos que o constituem, ainda que esta seja uma parte importante da sua análise.

Os dados de cada um dos elementos do grupo encontram-se sistematizados em seguida, de forma naturalmente sintética, tendo em conta os pressupostos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman. São identificados os *stressors* e fatores de reconstituição de

cada elemento do grupo, assumindo que o seu conhecimento é essencial para uma maior compreensão do core de cada um e do conjunto que formam, bem como das dinâmicas e interações estabelecidas. Esta identificação e organização sistemática permite uma visão global do sistema que se pretende facilitadora da identificação dos diagnósticos mais prementes, permitindo a definição de um plano de intervenção e a mobilização de recursos facilitadores.

De acordo com as premissas do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, são identificados os *stressors* com origem nos ambientes intra, inter e extrapessoal e considera-se o seu impacto nas várias dimensões do indivíduo – fisiológica (F), psicológica (P), de desenvolvimento (D), sociocultural (SC) e espiritual (E).

Para efeitos de garantia da privacidade e confidencialidade dos dados, cada elemento do grupo é designado por uma letra. A ordem pela qual são apresentados corresponde à ordem de entrada no grupo, graficamente representada na Figura 1.



**Figura 1** – A formação do grupo ao longo do tempo

IDENTIFICAÇÃO	DADOS DA HISTÓRIA DE VIDA	STRESSORS	FATORES DE RECONSTITUIÇÃO
<b>R.A.</b>	<p>Mulher de 28 anos de idade. Aparência cuidada. Veste-se, quase exclusivamente com roupa preta.</p> <p>Vive com uma amiga e vários gatos.</p> <p>Dieta ovolactovegetariana.</p> <p>Após a alta pretende retomar a sua atividade profissional na empresa familiar, apesar dos conflitos existentes com o pai e o irmão mais novo.</p>	<p><b>Intrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixa autoestima e perfeccionismo (P);</li> <li>- Antecedentes de tentativa de suicídio (F,P);</li> <li>- Ambivalência face ao futuro, nomeadamente profissional (SC).</li> </ul> <p><b>Interpessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relação familiar conflituosa, com o pai e os irmãos. Relação com o pai pautada por violência física (na infância) e verbal (D);</li> <li>- Regresso à empresa familiar para desempenho da atividade profissional (SC).</li> </ul>	<p><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade jovem;</li> <li>- Grau de escolaridade;</li> <li>- Cumprimento do regime terapêutico;</li> <li>- Expressão artística através do desenho e pintura;</li> </ul> <p><b>Externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cunhada, com quem mantém uma relação próxima;</li> <li>- Gatos.</li> </ul>
<b>R.</b>	<p>Mulher de 56 anos de idade. É casada e vive com o marido. Tem dois filhos e dois netos.</p> <p>Até ao internamento, trabalhava no secretariado de uma clínica de reabilitação para pessoas com problemas de adição. No seu trabalho verbaliza ter manipulado os colegas para ter acesso a medicação ansiolítica e ter criado mecanismos para permitir o acesso dos utentes a objetos e</p>	<p><b>Intrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso sexual na infância, ocultado até recentemente. A única pessoa com conhecimento é o marido (F, P, D)</li> <li>- Antecedentes de perturbação de abuso de substâncias (álcool e benzodiazepinas) e compras compulsivas. Atualmente sem consumos mas com relatos recentes de ingestão alimentar compulsiva em momentos de exacerbação da ansiedade.</li> </ul> <p><b>Interpessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relação ambivalente com o marido (P);</li> <li>- Desejo de contar à sua filha acerca da violação, sem recipetividade por parte da mesma (P);</li> </ul>	<p><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crítica para a doença presente;</li> <li>- Cumprimento do regime terapêutico;</li> <li>- Motivação para o comportamento de abstinência;</li> <li>- Desejo de retomar a atividade profissional;</li> <li>- Grau de escolaridade;</li> <li>- Crenças religiosas (católicas).</li> </ul> <p><b>Externos</b></p>



	bens de consumo proibidos na instituição.	<b>Extrapessoais</b> - Regresso à atividade laboral anterior após a alta do hospital do dia (SC).	- Família presente, incluindo dois netos; - Jardinagem nos tempos livres.
<b>V.F.</b>	Mulher de 40 anos de idade com o 12º ano de escolaridade. Vive atualmente com o segundo marido. Até à admissão no hospital de dia, trabalhava no gabinete de secretariado de uma faculdade.	<b>Intrapessoais</b> - Fraca adesão ao projeto terapêutico com faltas frequentes ao hospital de dia e às reuniões familiares agendadas, justificadas com queixas físicas (P); - Estilo de comunicação tendencialmente agressivo e manipulador, elevado grau de competitividade e baixa tolerância à frustração (P). <b>Interpessoais</b> - Múltiplas experiências de perda - morte do marido, do filho (suicídio) e do psicoterapeuta (D); - Relação conflituosa (passivo-agressiva) com o atual marido (P).	<b>Internos</b> - Grau de escolaridade; - Cumprimento da terapêutica farmacológica; - Desenho a carvão (descoberto no hospital de dia), utilizado como mecanismo de coping. <b>Externos</b> - Possibilidade de regressar à atividade laboral prévia; - Marido presente, disponível e tolerante.
<b>I.</b>	Mulher de 48 anos de idade. Divorciada. Tem dois filhos e uma neta. Vive num quarto alugado, numa casa partilhada com o senhorio e outra inquilina. Trabalhou como cantoneira, atualmente desempregada e dependente de apoio financeiro pela Segurança Social.	<b>Intrapessoais</b> - Hipertireoidismo (F); - Antecedentes de perturbação de abuso de substâncias (álcool) (F, P); - Ansiedade (P); - Baixo nível de escolaridade (D). <b>Interpessoais</b> - Ocultação do comportamento aditivo de toda a família até à admissão no hospital de dia (P); - Conflito com os funcionários da Segurança Social, devido a um atraso nos pagamentos que lhe são devidos (SE).	<b>Internos</b> - Crítica para a doença presente; - Motivação para o comportamento de abstinência; - Cumprimento do regime terapêutico; - Verbalização de sentimentos de conquista e de resolução de problemas adquiridos no hospital de dia - Motivação para iniciar uma atividade profissional.

		<b>Extrapessoais</b> - Abuso sexual da filha, por parte de um vizinho, na infância, com sentimentos de culpa presentes (D);	<b>Externos</b> - Filhos e neta.
<b>R.C.</b>	Mulher de 58 anos de idade, com idade aparente superior à real. Vítima de violência física e verbal pelo marido – que tem antecedentes de perturbação de abuso de substâncias (álcool). Vive atualmente com o marido e a filha, com o diagnóstico médico de esquizofrenia. Até recentemente acamada, com uso de fralda, em atitude promotora de dependência de terceiros.	<b>Intrapessoais</b> - Obesidade (F); - Ansiedade, com mecanismos de defesa tendencialmente imaturos (P); - Autoestima diminuída, com verbalização frequente de sentimentos de incapacidade e pedidos de ajuda (P); - Baixo nível de escolaridade (D); - Impossibilidade de frequentar a missa ( <i>“Queria ir à missa mas o meu marido não me leva”</i> ) (E). <b>Interpessoais</b> - Relação conflituosa, opressiva e pautada por violência com o marido <i>“quero fugir (...) quero a minha reforma para ir para um lar (...) ele não me deixa dormir, deixa a televisão ligada toda a noite (...)”</i> (F,P, D) - Dependência económica e logística do marido (é o mesmo que assegura, ou não, o transporte até ao hospital de dia) (SC).	<b>Internos</b> - Mudança de comportamento desde o início do internamento em hospital de dia. Já verbaliza sentimentos de raiva em relação ao marido, reconhece e verbaliza ansiedade e expressa as suas dificuldades. Deixou de utilizar fralda, alimenta-se e deambula sem o apoio de terceiros. - Cumprimento da terapêutica farmacológica. <b>Externos</b> - Tratamento no hospital de dia e relação terapêutica privilegiada estabelecida com a enfermeira; - Restantes elementos do grupo, que assumem atitudes contentoras em resposta às atitudes promotoras de dependência ( <i>“Tem que fazer sozinha, eu não posso fazer por si”</i> ); - Filha razoavelmente acessível aos profissionais de saúde; tenta colaborar, na medida das suas possibilidades.

<b>T.</b>	<p>Homem de 26 anos de idade. Frequentou o Colégio Militar dos 11 aos 15 anos. Vítima de bullying até essa idade.</p> <p>Não concluiu o 12º ano de escolaridade.</p> <p>Vive com os pais, de quem é financeiramente dependente.</p>	<p><b>Intrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Múltiplas queixas somáticas (<i>“dores nos músculos, os ligamentos estão fracos”; “os meus joelhos estalam”</i>). Ausência de crítica para a doença, tendo procurado vários médicos ortopedistas e reumatologistas (F, P);</li> <li>- Período de incumprimento da terapêutica farmacológica (F, P);</li> </ul> <p><b>Interpessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vítima de bullying na infância e adolescência, atualmente com relações sociais escassas (P, D);</li> <li>- Relação distante com os pais (<i>“querem que tenha uma vida igual à deles mas eu não quero”</i>) (P).</li> <li>- Relação distante e conflituosa com o meio-irmão mais novo, ainda adolescente (<i>“é um irresponsável, só faz o que quer”</i>) (P);</li> <li>- Dependência económica dos pais (SC).</li> </ul>	<p><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade jovem;</li> <li>- Desejo de encontrar uma atividade profissional ou de formação;</li> <li>- Pintura a pastel seco (descoberta no hospital de dia) como mecanismo de coping.</li> </ul> <p><b>Externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pai envolvido no processo terapêutico; recorre ao hospital de dia para manifestar preocupação pelo incumprimento da terapêutica farmacológica;</li> <li>- Apoio financeiro dos pais.</li> </ul>
<b>S.</b>	<p>Mulher de 48 anos de idade. Solteira e sem filhos.</p> <p>Vive com a mãe e o irmão mais velho. Tem outros dois irmãos.</p>	<p><b>Intrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes de tentativa de suicídio (F, P);</li> <li>- Isolamento social (<i>“passo muitas horas no meu quarto sozinha”</i>) (P);</li> </ul> <p><b>Interpessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação comprometida com os irmãos (<i>“não falamos, eles não me perguntou como é que eu estou. Eu também não lhes pergunto”</i>) (P);</li> <li>- Dependência económica da mãe (SC)</li> </ul> <p><b>Extrapessoais</b></p>	<p><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimento do regime terapêutico;</li> <li>- Crítica para a doença;</li> <li>- Começa a adquirir a capacidade de se expressar perante o grupo.</li> </ul> <p><b>Externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobrinhos;</li> <li>- Mãe (relação próxima e forte);</li> </ul>

		- Cão do irmão com quem vive ( <i>"odeio aquele cão, faz barulho e suja tudo! É muito mal educado"</i> ) (P).	- Irmãos (apesar da comunicação comprometida, manifestam preocupação pela cliente).
<b>I.S.</b>	<p>Mulher de 40 anos de idade.</p> <p>Solteira, com o 9º ano de escolaridade.</p> <p>Vive sozinha mas próxima dos pais que são parcialmente dependentes. Tem 6 irmãos com quem mantém uma relação distante.</p> <p>Vítima de um acidente de trabalho há cerca de dois anos; desde então com queixas algicas e incapacidade funcional do membro superior esquerdo que mantém imobilizado em suspensão braquial.</p>	<p><b>Intrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade, irritabilidade, impulsividade e baixa tolerância à frustração (P);</li> <li>- Crítica parcial para a doença (<i>"desde que me deu este 'bug' que fiquei assim"</i>, <i>"tenho fobia de andar na rua, uma vez andei quilómetros e não me lembro onde estive"</i>);</li> </ul> <p><b>Interpessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alegado abuso sexual por parte de um enfermeiro em idade jovem;</li> <li>- Padrão de comunicação agressiva (P);</li> </ul> <p><b>Extrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflito com a anterior entidade empregadora (<i>"Queriam despedir-me, não sei se me aceitam de volta"</i>) (SC).</li> </ul>	<p><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimento do regime terapêutico</li> <li>- Expressão artística através do desenho e pintura;</li> <li>- Motivação para reiniciar uma atividade laboral.</li> </ul> <p><b>Externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Família – pais e sobrinhos;</li> </ul>
<b>C.</b>	<p>Homem de 32 anos de idade.</p> <p>Vive com a namorada vários anos mais velha.</p> <p>Vários internamentos em contexto de crise com sintomatologia psicótica.</p>	<p><b>Intrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividade delirante de conteúdo megalómano, desconfiança e ocultação (P);</li> <li>- Humor instável (<i>"A única forma de não comprar compulsivamente é sujeitar-me à depressão"</i>) (P);</li> </ul> <p><b>Interpessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relação conflituosa com os pais – o pai já falecido (<i>"Puseram sempre muitas expetativas em mim e eu fiquei doente"</i>) (P);</li> </ul>	<p><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crítica para a doença parcialmente presente;</li> <li>- Boa capacidade de comunicação pela escrita;</li> <li>- Motivação para encontrar uma atividade profissional. Aceita a reforma por invalidez sob a condição da mesma ser revertida quando</li> </ul>

		<p>- Isolamento social e fraca interação com os pares (deambula com auriculares e permanece de olhos fechados nas sessões de grupo) (P);</p> <p><b>Extrapessoais</b></p> <p>- Desemprego (SC).</p>	<p>melhorar a sua situação de saúde atual.</p> <p><b>Externos</b></p> <p>- Mãe e namorada.</p>
<b>L.</b>	<p>Mulher de 30 anos de idade.</p> <p>Solteira, sem filhos.</p> <p>Vive com a mãe.</p>	<p><b>Intrapessoal</b></p> <p>- Lentificação psicomotora e embotamento afetivo (P);</p> <p>- Ausência de crítica para a doença (P);</p> <p>- Baixo nível de motivação para a frequência do hospital de dia (P);</p> <p>- Baixo grau de escolaridade (SC);</p> <p><b>Interpessoal</b></p> <p>- Isolamento social (P);</p> <p><b>Extrapessoal</b></p> <p>- Situação legal por regularizar junto do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, atualmente sem documentos de identificação válidos (SC).</p>	<p><b>Internos</b></p> <p>- Cumprimento do regime medicamentoso;</p> <p>- Capacidade de planear e executar projetos de costura com rapidez e precisão;</p> <p>- Motivação para encontrar uma atividade laboral.</p> <p><b>Externos</b></p> <p>- Suporte financeiro e logístico por parte da mãe.</p>
<b>D.</b>	<p>Homem de 28 anos de idade.</p> <p>Vive com a mãe e o padrasto.</p> <p>Vítima de acidente de viação há 2 anos, desde então com sintomatologia depressiva.</p>	<p><b>Intrapessoais</b></p> <p>- Antecedentes de perturbação de abuso de substâncias (estupefacientes não especificados) (F, P);</p> <p>- Ansiedade (P);</p> <p>- Baixa autoestima (P);</p> <p><b>Interpessoais</b></p> <p>- Períodos de riso imotivado quando incentivado a falar no grupo – relacionados com ansiedade? (P);</p>	<p><b>Internos</b></p> <p>- Cumprimento do regime terapêutico;</p> <p>- Crítica para a doença;</p> <p>- Motivação para a realização de exercícios de estimulação cognitiva (<i>"Gosto de fazer estes exercícios de puxar pela cabeça, fazem-me bem"</i>)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não estabelece contacto visual na interação com o outro (P);</li> <li>- Isolamento social com relações sociais limitadas (P)</li> </ul> <p><b>Extrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade para terminar os estudos (D);</li> <li>- Desemprego (SC).</li> </ul>	<p><b>Externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relação próxima com o padrasto.</li> </ul>
<b>A.C.</b>	<p>Mulher de 29 anos de idade. Vive com o namorado. Não tem filhos.</p> <p>Até ao internamento em hospital de dia, trabalhava como assistente operacional num jardim de infância.</p>	<p><b>Intrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade e tristeza (P);</li> <li>- Antecedentes de tentativa de suicídio (F, P).</li> </ul> <p><b>Interpessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luto complicado após a morte do pai (D);</li> <li>- Mãe com demência (doença de Alzheimer) (P);</li> <li>- Relação ambivalente e de manipulação com o namorado (P).</li> </ul> <p><b>Extrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situação de baixa por incapacidade para o desempenho da atividade profissional (SC)</li> </ul>	<p><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grau de escolaridade</li> <li>- Cumprimento do regime terapêutico;</li> <li>- Crítica parcial para a doença;</li> <li>- Capacidade de planear e executar projetos com criatividade.</li> </ul> <p><b>Externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivação para regressar à atividade laboral prévia (<i>"Os meus meninos perguntam muito por mim"</i>)</li> </ul>
<b>V.B.</b>	<p>Mulher de 49 anos de idade. Divorciada, vive com a mãe. Internada no Hospital de dia sob tratamento compulsivo em regime ambulatorio, imediatamente após alta do internamento em contexto de crise com tentativa de suicídio.</p>	<p><b>Intrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Episódios frequentes de automutilação e tentativas de suicídio com idas frequentes à urgência - mais de 10 internamentos nos últimos 5 anos (F, P);</li> <li>- Ansiedade (P)</li> <li>- Baixa tolerância à frustração (P);</li> <li>- Ausência de crítica (D);</li> <li>- Baixo nível socioeconómico (SC);</li> </ul> <p><b>Interpessoais</b></p>	<p><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimento do regime medicamentoso;</li> <li>- Concretização recente do processo de divórcio.</li> </ul> <p><b>Externos</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relação conflituosa com o ex-marido de quem se divorciou recentemente (P, D);</li> <li>- Perda da guarda dos três filhos, em contexto não esclarecido (D).</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Extrapessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desemprego (SC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relação de proximidade com a mãe que presta apoio logístico e financeiro.</li> </ul>
<b>G.</b>	<p>Mulher de 53 anos de idade.</p> <p>Vive com o marido que se encontra sob tratamento com quimioterapia por neoplasia não especificada.</p> <p>Tem uma filha que se encontra grávida.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Intrapessoal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obesidade (F);</li> <li>- Humor instável (P);</li> <li>- Experiência anterior de insucesso no hospital de dia (má adesão ao projeto terapêutico com abandono do tratamento) (D);</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Extrapessoal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doença do marido (F);</li> <li>- Abuso sexual da filha há 17 anos (<i>"Estou muito presa ao passado, ela ultrapassou tudo mas eu não"</i>) (D).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crítica para a necessidade de retomar o tratamento em hospital de dia;</li> <li>- Cumprimento do regime terapêutico</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Família – marido, filha e futura neta (<i>"Posso ter o telemóvel? A minha neta deve estar quase a nascer"</i>)</li> </ul>
<b>E.</b>	<p>Mulher de 51 anos de idade.</p> <p>Vive com o marido e os dois filhos.</p> <p>Enfermeira de profissão, sem atividade laboral desde há 2 anos por início da doença.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Intrapessoal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes de perturbação de abuso de substâncias (benzodiazepinas) (F, P);</li> <li>- Ansiedade (P);</li> <li>- Lentificação psicomotora (F, P);</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Extrapessoal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situação de baixa por incapacidade para o desempenho da atividade profissional (SC).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grau de escolaridade;</li> <li>- Cumprimento do regime terapêutico;</li> <li>- Motivação para recuperar a autonomia – nas atividades domésticas e atividade laboral.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Família – marido e filhos</li> </ul>

**Tabela 2** – Apresentação dos clientes que constituem o grupo de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Legenda: F – Fisiológico; P – Psicológico; D – Desenvolvimento; SC – Sociocultural; E - Espiritual

Tendo em conta dos dados apresentados, é possível reconhecer alguns padrões relevantes para a análise do sistema grupo no seu todo:

- O grupo é assimétrico no que respeita ao género, sendo composto por 12 mulheres e três homens.
- Trata-se de um grupo relativamente jovem, com uma idades compreendidas entre os 26 e os 58 anos de idade.
- Apesar da média de acompanhamento em contexto de hospital de dia ser estipulada nos 3 meses, verifica-se que muitos dos clientes mantêm necessidade de acompanhamento por um período mais alargado. A cliente com mais tempo de acompanhamento encontra-se no grupo há cerca de 8 meses;
- Atualmente, o número total de clientes excede os 12 preconizados como capacidade máxima do hospital de dia uma vez que:
  - A L. abandonou o grupo por impossibilidade de resolver a sua situação legal junto do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.
  - A R encontra-se em período de pré-alta desde o dia 9 de Outubro;
  - A VF iniciou o período de pré-alta a 23 de Outubro.
- O diagnóstico médico de perturbação da personalidade é o mais prevalente, mas também se verifica a presença de pessoas com os diagnósticos de perturbações do humor, esquizofrenia/outras perturbações psicóticas e perturbações de abuso de substâncias. Nem sempre as referidas perturbações se verificam de forma isolada, coexistindo frequentemente em conjugações múltiplas nos vários dos elementos do grupo. Apesar de estes diagnósticos constarem do processo clínico informático de cada cliente, não estão intuitivamente acessíveis na página de registo diário e não constituem de forma nenhuma a centralidade da intervenção.

Verifica-se a existência de *stressors* comuns - em particular nas dimensões psicológica, de desenvolvimento e sociocultural - associados ao risco de desenvolvimento de doença mental, nomeadamente os níveis de educação, o baixo nível socioeconómico, as experiências precoces, a interação familiar, os acontecimentos de vida marcantes (como o abandono, a negligência, a violência e o abuso), o isolamento social e o desemprego (Alves & Rodrigues, 2010). Todos estes *stressors* interferem potencialmente com a saúde mental dos indivíduos e constituem uma ameaça à concretização das tarefas de desenvolvimento



da personalidade, defendidas por Peplau (1991): a comunicação e confiança no outro, o adiamento da satisfação, a identidade própria e a participação social. Para além do potencial para o desenvolvimento de doença mental, estes eventos, potenciam ainda o risco de desenvolvimento de uma personalidade imatura – caracterizada por instabilidade emocional, insegurança, dependência afetiva, baixa tolerância à frustração e dificuldade em assumir responsabilidades e manter compromissos (Afonso, 2015).

Com base nos dados apresentados, é possível verificar que existem vários diagnósticos de enfermagem – de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2015) – que prevalentes em vários elementos do grupo e que, por esse motivo, assumem uma expressão importante em várias interações, devendo ser alvo de intervenção.

- Coping ineficaz
- Autoestima diminuída
- Ansiedade
- Isolamento social
- Comunicação ineficaz

Ainda que estes diagnósticos não se encontrem formalmente definidos no processo clínico – por não estar implementada a utilização de linguagem classificada no serviço em questão – é possível verificar que, mesmo de forma não documentada, várias das intervenções de enfermagem implementadas com o cliente grupo são efetivamente dirigidas aos mesmos.

No que respeita ao plano de cuidados de enfermagem é possível definir intervenções individuais nos vários níveis de prevenção definidos no Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 1995; Meleis, 2012). As intervenções têm como objetivo central a estabilidade do sistema cliente e podem ser desenvolvidas em três níveis de prevenção distintos (Neuman, 1995):

- Primária – consiste numa intervenção antecipatória, baseada no fortalecimento da linha de defesa flexível, com o objetivo de reduzir a possibilidade do sistema ser exposto a um determinado *stressor*;
- Secundária – Baseia-se no fortalecimento das linhas de resistência e consiste na deteção precoce e tratamento de sintomas após a exposição a um *stressor*;

- Terciária – readaptação e reeducação para a manutenção da estabilidade alcançada com a intervenção secundária.

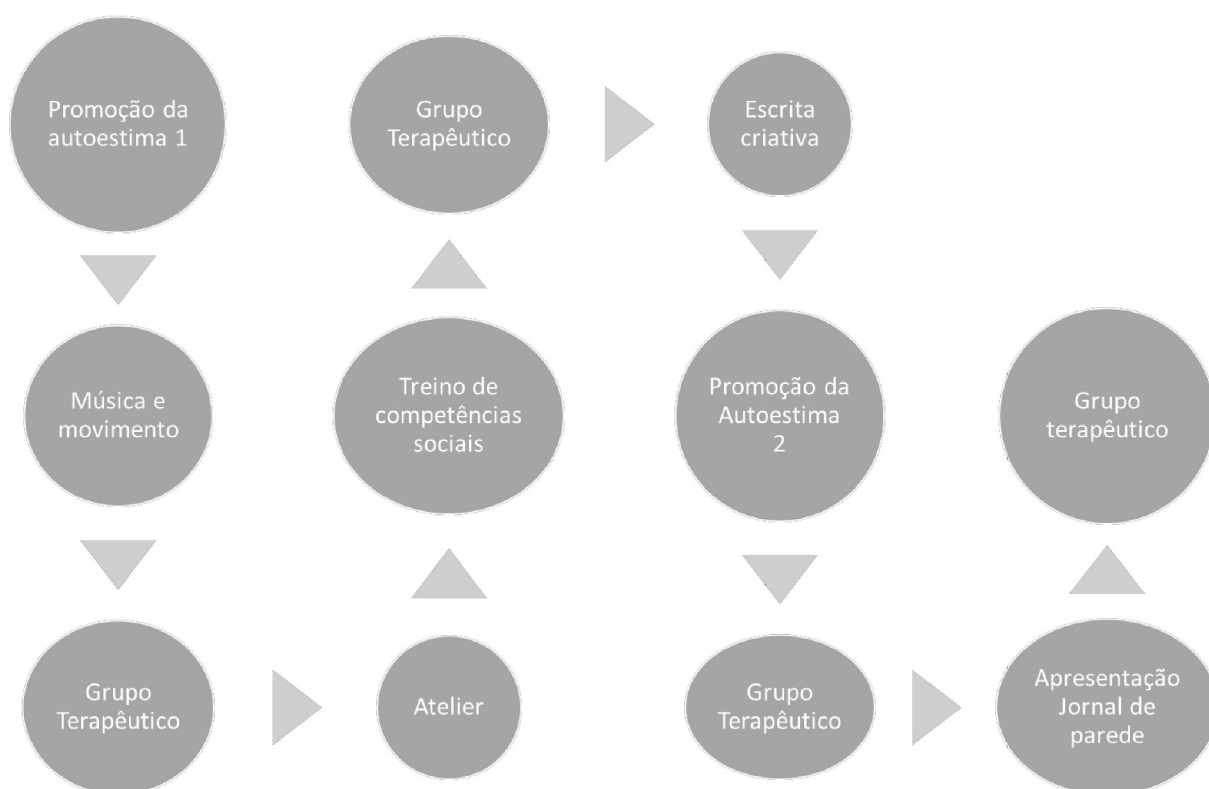
Tal como já mencionado, dada as diferenças entre os vários elementos do grupo, não é possível caracterizar o nível de prevenção de uma dada intervenção para a totalidade do grupo. No entanto, tendo em conta a análise global do sistema grupo, a intervenção de enfermagem deverá ser tendencialmente desenvolvida nos níveis de prevenção secundária e terciária, uma vez que não é possível proteger o sistema grupo de muitos dos *stressors* que constituem focos de atenção de enfermagem, pelo facto de eles já estarem presentes em muitos dos seus elementos.

### 3. DESCRIÇÃO DO PERCURSO TERAPÊUTICO

Neste capítulo será apresentado o percurso terapêutico do grupo, tendo em conta as várias intervenções formais, desenvolvidas pela equipa multidisciplinar. Não são analisadas as intervenções exclusivamente implementadas no domínio da Enfermagem, uma vez que, em articulação, todas contribuem para o processo terapêutico de cada cliente individualmente e, em consequência, para o percurso do grupo na sua globalidade.

As intervenções que em seguida se analisam são apenas parte daquelas em que pude estar presente, dada a necessidade de desenvolver a minha atividade laboral em simultâneo com o período de estágio. As intervenções implementadas por mim própria (Promoção da autoestima 1 e 2) serão alvo de uma análise mais detalhada, incluindo aspetos relativos ao seu planeamento, implementação e avaliação.

Apresenta-se na Figura 2 uma síntese do percurso desenvolvido no espaço de tempo compreendido entre 26 de Setembro e 23 de Outubro, incluindo-se apenas as intervenções em que estive presente.



**Figura 2** – Intervenções realizadas com o cliente grupo de 26.09.2017 a 23.10.2017.

## ❖ 26 DE SETEMBRO – PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA 1

### SESSÃO 1 – QUEM SOU EU?

#### OBJETIVOS:

##### ▪ **Objetivo Geral:**

- Promover uma autoestima adequada na pessoa com doença mental internada em Hospital de Dia de Psiquiatria.

##### ▪ **Objetivos Específicos:**

- Aumentar o autoconhecimento;
- Estimular o reconhecimento de capacidades, qualidades e realizações;
- Promover a socialização e partilha em grupo.

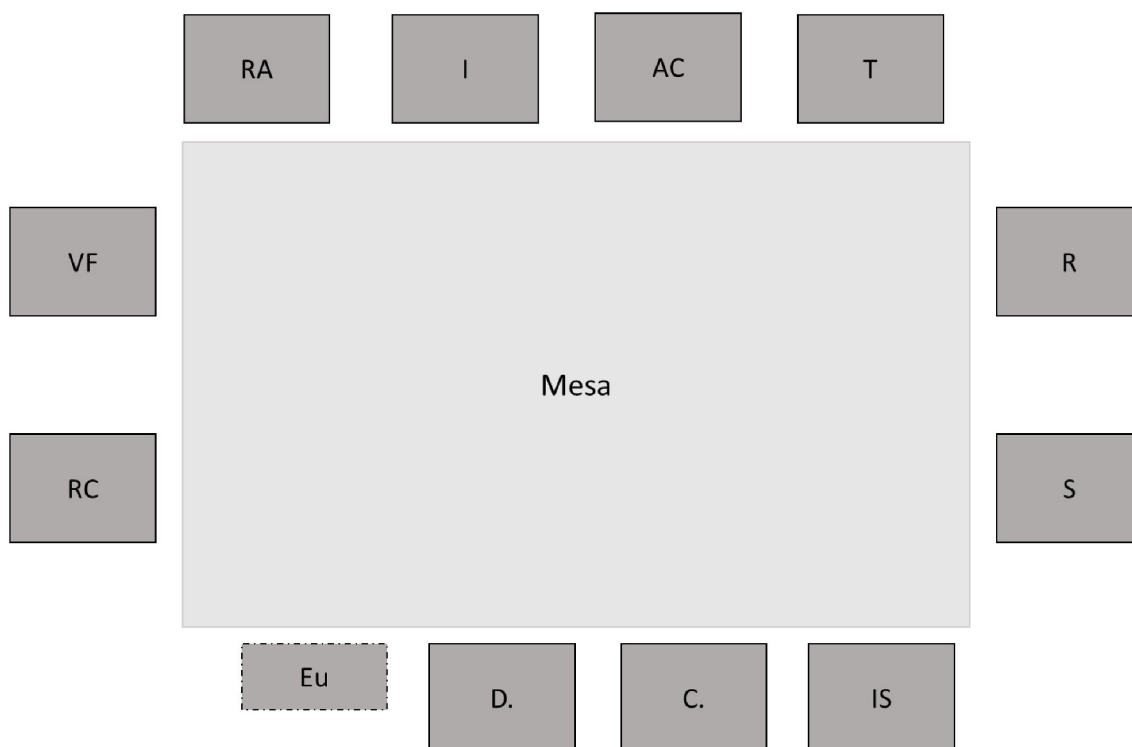
<b>Data e Hora</b>	26 Setembro de 2017 10h00 – 12h00 (intervalo de 15 minutos, às 11h00)
<b>Duração</b>	2h00
<b>População Alvo</b>	Utentes do Hospital de Dia – Psiquiatria de Adultos Número estimado de participantes: 12 pessoas
<b>Recursos</b>	<b>Recursos Humanos:</b> - 1 Enfermeiro <b>Recursos Materiais:</b> - Mesas - Cadeiras - Folhas de papel A3 - Jornais e revistas - Canetas de feltro - Tintas - Pincéis - Tesouras - Cola - Fita-cola
<b>Metodologia</b>	- Dispor a sala com as mesas juntas ao centro e as cadeiras em redor. No centro da mesa deve colocar-se o material acima descrito. Pedir aos participantes que se sentem.

	<p><b>Parte 1 – Quebra-Gelo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se o grupo aparentar estar pouco motivado para a intervenção, com sonolência ou pouca energia: Validar esta percepção. Em seguida, pedir que todos se coloquem em pé e que se espreguicem. Repetir 3 vezes para promover a descontração e aumentar a energia.</li> <li>- Se o grupo transmitir tensão, ansiedade, inquietação ou agitação: Validar esta percepção e incentivar a realização da técnica de respiração profunda (aproximadamente 5 vezes) para promover relaxamento e aumentar a disponibilidade para a intervenção.</li> </ul> <p><b>Parte 2 – Construir o meu autorretrato</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar de forma sucinta a atividade proposta, evitando qualquer condicionamento. Por exemplo:  “O que propomos hoje é um exercício individual pelo que não devem conversar. Queremos que utilizem as folhas à vossa frente para fazer o vosso autorretrato. Em cima da mesa têm materiais muito diferentes – canetas, tintas e pincéis, jornais e revistas para recortar. Podem usar apenas um material ou misturá-los, conforme vos apeteça. O tempo termina à hora do intervalo, têm aproximadamente 1 hora. Se terminarem antes têm que esperar pelo resto do grupo em silêncio”.</li> <li>- Caso os elementos do grupo solicitem indicações mais específicas, devem ser incentivados a exprimir-se livremente, reforçando que não existe uma forma certa ou errada de se retratarem.</li> <li>- Uma vez terminados, cada um deve manter o cartaz à sua frente, virado para baixo.</li> <li>- Pedir que não troquem ideias sobre o exercício durante o intervalo.</li> </ul>
--	--

	<p><b>Parte 3 – Partilhar quem sou com quem me rodeia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Após o intervalo, questionar abertamente sobre quem quer apresentar o seu cartaz ao grupo.</li> <li>- Cada elemento que apresente o seu cartaz pode escolher quem quer ouvir em seguida. É importante garantir que todos têm a oportunidade de partilhar o resultado do seu exercício</li> <li>- Caso algum elemento não queira apresentar-se, validar a dificuldade e identificar se esta ocorreu na fase de produção/exposição ao grupo ou em ambas. Reforçar positivamente o facto de, independentemente das dificuldades, terem realizado a atividade.</li> </ul> <p>Algumas questões orientadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foi difícil? Se sim, porque é que é difícil falar de si?</li> <li>- Identificaram-se aspetos negativos? E positivos? Quais foram mais fáceis?</li> <li>- Aspetos que se destacam: cores, preenchimento do espaço, entre outros.</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	<p>No final da intervenção, avaliar se os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstram capacidade de se expressar sobre a sua própria identidade;</li> <li>- Identificam aspetos positivos em si e na sua vida;</li> <li>- Verbalizam e partilham com o grupo sentimentos, emoções, recursos e dificuldades percebidas.</li> </ul>

▪ **Implementação:**

O grupo dispôs-se espontaneamente na sala da seguinte forma:



**Figura 3 – Distribuição do grupo na sala – Promoção da autoestima 1**

A RC pediu ajuda frequentemente, dizendo “*eu não vou fazer*”, “*eu não consigo*”, pedindo ajuda ao D. e à VF que estavam sentados junto a si; não cumpriu a atividade mas quando abordada na Parte 2 referiu ser difícil pensar no melhor de si e verbalizou ansiedade face à intervenção.

A AC e o D tiveram dificuldade na intervenção, facto que pode ser justificado pela sua admissão recente no grupo. O D aproveitou o momento de apresentar o seu cartaz para avisar o grupo que “*às vezes rio-me sem motivo, não sei porquê*”.

O C. recortou notícias aleatoriamente; quando confrontado com o facto de não ter feito o que lhe havia sido pedido afirmou ter pensado que deveria “*recortar notícias para falar de política*” com o grupo. Foi validada a sua dificuldade em estar presente nas sessões com o restante grupo que o C. confirmou.

Todos os restantes elementos do grupo cumpriram as instruções:

- A R afirmou que o melhor de si era a sua família mas não incluiu o marido, justificando-o como “*eu não sou uma boa esposa por isso ele não pode ser o melhor de mim*”.

- A I realizou um cartaz com aspetos positivos (família e crianças) e negativos (alusivos a morte e destruição). Referiu que o melhor de si era a família, em particular a neta, e a sua maturidade por ter *“passado por tantas coisas. Foi muito difícil...agora já estou melhor, mas ainda é!”*.
- A S fez um cartaz com poucos recortes mas com texto escrito; no momento da partilha falou da sua ambivalência em relação às responsabilidades da vida adulta. Tendo em conta a sua postura reservada até à data, todo o grupo escutou o que dizia com atenção. Quando falou sobre a ideia de que uma mulher da sua idade deveria estar casada e com filhos, a I. franziu o sobrolho, demonstrando desagrado pela ideia.
- A IS fez um cartaz com alguns aspetos positivos relacionados com o facto de ser cuidadora da mãe; teve dificuldade em focar-se em aspetos positivos do presente, falando sempre no passado. Foi explorada a abertura da cliente para iniciar fisioterapia ao braço que levava imobilizado ao peito e esta manifestou ambivalência *“eu gostava muito mas não sei se aguento, sei que vai doer muito”*. A I respondeu imediatamente *“se não tentares não sabes!”*, espelhando o seu próprio percurso de superação.
- O T não verbalizou explicitamente qualquer aspeto relacionado com a temática predominante da dor física mas manteve uma postura retraída, com um discurso superficial e confuso *“eu sou cool”, “[no cartaz] tenho a cabeça em chamas porque é a ciência toda”*. O restante grupo riu-se da sua desorganização e o T encolheu os ombros. A I concluiu dizendo *“não estamos a rir por mal mas não se percebe nada do que tu dizes. Tens que te explicar melhor!”*.
- A RA manteve um discurso superficial e circunstanciado na temática dos gatos e outros animais. Confrontada com a sua dificuldade em falar dos seus problemas reais, acenou com a cabeça, mas manteve-se indisponível.
- A VF recortou as palavras *“amiga”, “simpática” e “sorriso”*. A IS respondeu-lhe imediatamente *“o teu sorriso é como o meu, é um sorriso triste só para não mostrares o que é que tens lá dentro”*.



▪ **Avaliação:**

Apesar das dificuldades demonstradas por alguns elementos do grupo, os objetivos delineados foram alcançados de forma satisfatória para a sua maioria.

A autoestima foi promovida através da ampliação da consciência de cada um acerca de si próprio, identificando aspetos positivos e negativos, abordando os sentimentos de cada um acerca de si próprio, tornando conscientes os pensamentos e sentimentos de autodesvalorização e reorientando-os para uma visão mais positiva.

Estabeleceram-se interações importantes de feedback entre vários elementos do grupo, facto para o qual a I. parece ter contribuído particularmente. Este aspeto é particularmente importante, porque receber feedback dentro de um grupo terapêutico permite ao indivíduo uma maior consciencialização de si próprio, através do contacto com a leitura que os outros fazem de si, permite a sua descoberta e o início do processo de mudança (Guerra & Lima, intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde, 2005).

Apesar do objetivo central da intervenção ser a melhoria do *status* do diagnóstico de autoestima diminuída, foi possível através da narrativa verbal de cada elemento do grupo, da sua expressão sob a forma de cartaz e das interações estabelecidas promover a intervenção simultânea noutros focos de atenção, incluindo os mecanismos de coping privilegiados por alguns elementos ou as questões relacionadas com as dificuldades na comunicação.

#### ❖ 4 OUTUBRO – MÚSICA E MOVIMENTO

**Duração:** 2h00

**Técnico:** Sessão organizada por uma cliente, sob supervisão da enfermeira especialista.

Após saber que o seu período de pré-alta teria início na 2ª feira seguinte, a R demonstrou o desejo de realizar uma sessão organizada por si (*“Queria fazer qualquer coisa com música para a minha despedida!”*). Neste contexto, ficou acordado entre a terapeuta ocupacional e a utente que esta deveria preparar a uma sessão e apresentar a sua proposta.

De manhã, à medida que os utentes foram sendo admitidos no hospital de dia, foram várias as expressões que demonstraram o envolvimento de várias pessoas na sessão. Para além da R, também a RA e o T haviam trazido os respetivos computadores e várias músicas para uma sessão de karaoke e movimento.

A responsabilidade da implementação da sessão foi entregue à R. Destacam-se os seguintes aspetos da interação entre os vários elementos do grupo:

- A R começou por apresentar a sua sessão, dizendo que iam cantar. Reconheceu a dificuldade da IS em permanecer em sítios com música ou qualquer ruído (facto que havia partilhado com irritabilidade e baixa tolerância em sessões anteriores), dizendo que a música estaria baixa e que lhe queria dedicar a primeira música. Todos escutaram a canção “O melhor de mim” da cantora Mariza. A RC permaneceu numa postura recolhida, em silêncio e sem estabelecer qualquer contacto visual com o grupo. Destaca-se ainda a reação da AC que disse imediatamente, mas num tom de voz inaudível para o grupo, com lágrimas nos olhos *“Esta música não...faz-me lembrar o meu pai”*. Manteve-se chorosa durante toda a sessão e não quis participar; ninguém insistiu.
- A música que cada um escolheu revelou ser de cariz pessoal:
  - R: Escolheu a canção “Menina estás à janela” que cantou sorridente, de forma energética, dançando e imitando os movimentos de tocar guitarra e bateria.
  - RA: De forma contida, sem movimentos corporais expressivos, cantou a canção “Jar of hearts”, com uma letra triste sobre alguém que não vive por inteiro *“I’ve learned to live, half alive”*.

- S: Escolheu a música “Homem do Leme” dos Xutos e Pontapés.
- RC: Recusou cantar, apesar das insistências do resto do grupo.
- L: Apesar de se ter mostrado renitente a participar, acabou por se levantar e escolher a canção “Amar pelos dois”. A RC, que se tinha recusado a participar, acompanhou-a cantando baixinho sentada no seu lugar.
- D: Recusou participar afirmando “*Não estou numa situação para cantar. Não faz sentido*”.
- AC: No início da sessão afirmou prontamente que não gostava de cantar. A R respondeu-lhe “*Olha, não imaginas a quantidade de coisas que eu não gostava e que tive que fazer desde que cheguei aqui. Até aprendi a gostar*”. Quando chegou a sua vez, manteve a recusa em participar, dizendo “*Não quero. Já me partiram toda*”, referindo-se à música que lhe recordava o seu pai, já falecido.
- T: Escolheu a música “Hallelujah”, difícil, que cantou com empenho, orgulho. Em seguida, estimulado pelo grupo, cantou ainda o “Calhambeque” de Roberto Carlos, com muitas palmas do grupo.

Não estiveram presentes a I e a VF por terem faltado nesse dia, nem o C por ter chegado atrasado e não lhe ter sido autorizada a entrada a meio da sessão.

Na segunda parte, foi realizada uma sessão de movimento dividida em 3 partes: aquecimento, exercício e dança. Desta segunda parte destacaram-se os seguintes momentos:

- Durante o exercício, realizou-se uma atividade com o grupo disposto em círculo. Cada um atirava uma bola a outro elemento do grupo, dizendo uma palavra de uma dada categoria e o nome da pessoa para quem estava a atirar a bola. Ficou evidente a dificuldade dos elementos mais recentes – L, AC e D (em particular, este último - em nomear os nomes dos restantes).
- A IS manteve-se encostada à parede, imóvel, recolhida e sem estabelecer contacto visual com o restante grupo,
- A RC apresentou grande dificuldade em cumprir a atividade, interrompendo-a e sentando-se por várias vezes. No final da sessão, a R aproximou-se para lhe perguntar porque é que não tinha participado na sua atividade. A RC ficou chorosa

e cabisbaixa ao reconhecer que a R estava a entrar em período de pré alta e que brevemente iria abandonar o grupo. Esta consolou-a dizendo *“Um dia destes é você, D<sup>a</sup> RC. Tem que se pôr boa para também se ir embora”*.

### **Avaliação:**

Apesar de esta se tratar de uma sessão sem carácter profissional e sem qualquer intencionalidade terapêutica subjacente – pelo facto de ter sido espontaneamente desenvolvida por uma cliente – constituiu um momento com impacto no percurso do grupo. Gerou a expressão de vários sentimentos e emoções, promoveu a interação social e revelou indiretamente dificuldades e problemas passíveis de serem posteriormente trabalhados com intencionalidade terapêutica pela equipa multidisciplinar.

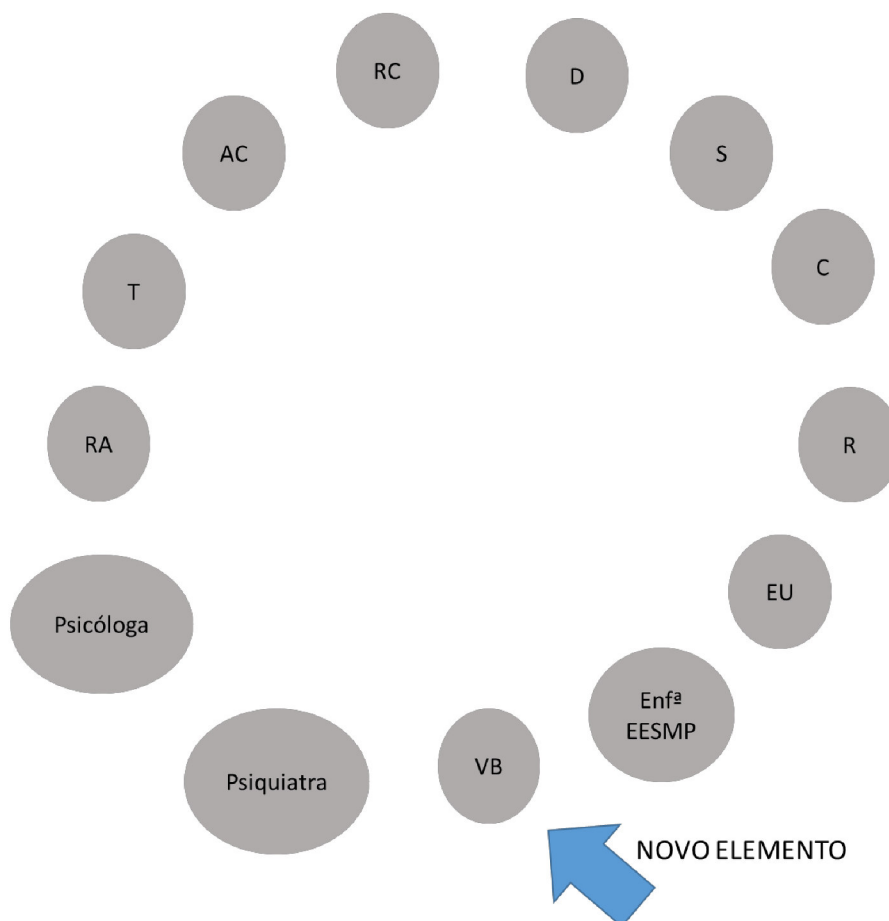
- Através da dificuldade dos elementos mais recentes em identificarem e nomearem os seus pares, reconheceu-se a necessidade de implementar dinâmicas de grupo de apresentação, promotoras do conhecimento e aproximação do grupo;
- A interação final da R e da RC permitiu antecipar que a saída da primeira poderia ter um impacto negativo na RC, pela proximidade da sua relação durante muito tempo caracterizada por pedidos de ajuda aos quais eram dados resposta;
- Verificaram-se várias manifestações da dificuldade em suportar a interação com o grupo e lidar com a frustração, em particular pela IS e pela AC, o que permitiu identificar a necessidade de conter os seus movimentos disruptivos face ao grupo e de trabalhar estas questões em intervenções futuras.

## ❖ 9 OUTUBRO – GRUPO TERAPÊUTICO

**Duração:** 2 horas

**Técnico:** Enfermeira Especialista, Terapeuta ocupacional, Psicóloga, Psiquiatra, Interno de Psiquiatria, Interno de Medicina Geral e Familiar.

O grupo dispôs-se espontaneamente da seguinte forma:



**Figura 4** – Distribuição do grupo na sala – Grupo terapêutico 1

- Tendo em conta a entrada da VB, foi pedido ao grupo que apresentasse as regras de funcionamento do hospital de dia. A utente respondeu imediatamente *“Eu não sou muito de regras...bem, agora sou um bocadinho mais”*. O restante grupo teve um efeito contentor ao continuar a enumerar as várias normas. A VB manteve-se atenta, acenando com a cabeça.
- A S voluntariou-se para falar em primeiro lugar, algo atípico até à data. Partilhou as dificuldades de comunicação com a família, em particular com os irmãos. Verbalizou desejo que lhe perguntassem como estava, como se sentia. *“Nunca me perguntaram porque é que fiz mal a mim própria, só me dizem que não posso fazer essas coisas”*. Após ser explorado

o compromisso na comunicação familiar e validado o facto de ser um comportamento mútuo, foi-lhe proposto que conversasse com o irmão com quem vive perguntando-lhe algo simples, como por exemplo, *“Como foi o teu dia?”*. A utente aceitou a proposta ainda que com renitência e insegurança.

- O C manteve-se de olhos fechados e braços cruzados durante todo o grupo, à exceção do momento em que foi abordado diretamente. Quando questionado se queria partilhar o seu fim-de-semana com o grupo, respondeu *“há uma coisa que eu fiz há muito tempo que quero dizer...mas não me sinto preparado. Não, não vou dizer”*. Fechou novamente os olhos.

- A RC manteve-se cabisbaixa durante o grupo. Quando a enfermeira validou o seu aparente desânimo, todo o grupo confirmou que a utente *“hoje está mais em baixo”*. Quando explorado o motivo, a RC verbalizou que não tinha dormido porque o marido tinha pintado a casa sem lhe pedir opinião e vários objetos tinham sido mudados de sítio. Verbalizou espontaneamente não gostar da sua casa, demonstrou raiva dirigida ao marido *“ele não tinha nada quando nós casámos, eu é que tinha um bom enxoval”, “mudámos de uma casa tão boa para o rés-do-chão porque ele foi enganado!”*. Todo o grupo, à exceção do C escutou com atenção e alguns entreolharam-se sorrindo, estranhando estas manifestações tão distintas do padrão habitual da utente.

- A R partilhou o seu fim-de-semana passado com o marido com quem teve um momento de conflito. Verbalizou raiva por terem decorrido as festas da sua terra (onde antes costumava participar e consumir álcool) e ter tido que permanecer em casa. *“Ouvia a música e quando saí para o jardim tinha o muro cheio de copos! Eu nem queria acreditar! Não pude ir à festa e ainda tive que limpar os copos dos outros!”*. Todo o grupo se riu pela forma como relatou o episódio. Por fim, a utente acabou por rir também de si própria, utilizando o humor como mecanismo de coping.

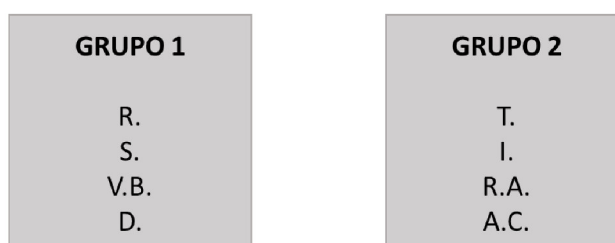
## ❖ 10 OUTUBRO – TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS

**Duração:** 1h30

**Técnico:** Terapeuta Ocupacional (TO)

O objetivo desta intervenção era aumentar a compreensão sobre os estilos de comportamento e comunicação (passivo, agressivo, manipulador e assertivo).

O grupo foi dividido pela TO em dois subgrupos:



**Figura 5** – Distribuição do grupo na sala – Treino de Competências Sociais

Nesta sessão não estiveram presentes, por terem faltado ao hospital de dia, o C, a IS, a RC, e a VF.

Tendo em conta a entrada recente da VB no grupo, foi pedido aos utentes que explicassem a função do treino de competências sociais e os temas abordados. Os mais participativos foram a R, RA e AC. O T, apesar de tentar participar, confundiu vários conceitos e, ao ser corrigido pela terapeuta ocupacional, pela RA e pela I, encolheu os ombros e deixou de participar nesta fase.

Cada grupo recebeu vários recortes com os quatro tipos de comportamento, atitudes e sentimentos/emoções, pretendendo-se que fizessem a sua conjugação.

**Grupo 1** – A R assumiu a liderança do grupo mas procurou uma flexibilidade que antes não lhe era possível (*“Eu acho que este [recorte] é aqui...mas concordam?”*). Focou-se no comportamento agressivo, personalizando o conteúdo de vários recortes (*“Este é [comportamento] agressivo. De certeza! Porque eu faço isto e sou muito, muito, muito agressiva”*). A VB identificou-se com esta agressividade e interagiu frequentemente em resposta à R, *“Eu também, eu também sou assim”*. A S participou pontualmente mas não se envolveu nas situações de discordância. Riu-se, em conjunto com a AC, quando se abordou o estilo de comportamento manipulador e a terapeuta disse *“querem colo mas só*

*quando elas querem. Elas é que decidem!”*. O D permaneceu em silêncio durante praticamente toda a intervenção.

**Grupo 2** – O grupo dois cumpriu a atividade mais rapidamente e com menos erros do que o Grupo 1. A interação foi equilibrada entre todos os membros, mas o T apresentou mais dificuldade em distinguir o significado de comportamentos e sentimentos (*“mas os manipuladores também são agressivos”, “eu posso ser assertivo e não dizer o que quero”*) e, apesar de se tentar explicar insistentemente, o seu discurso era de facto confuso. A I pareceu irritada e disse-lhe *“Ainda há bocadinho estavas a dizer que não sabes porque é que estás aqui [no hospital de dia]. Isto é um exemplo! Estás aqui para ver se aprendes a explicar o que queres dizer. Às vezes ninguém te percebe”*. No final, a I disse que o tema era importante e aproveitou para solicitar ajuda ao grupo porque precisava de ir à Segurança Social resolver o problema do seu subsídio (*“eu é que preciso de assertividade para explicar o meu problema. Eu já não sei o que hei-de fazer, digam-me o que é que eu posso dizer para eles perceberem a minha situação e me ajudarem”*). Enquanto se discutiam hipóteses com o restante grupo, a I foi tirando notas com atenção.

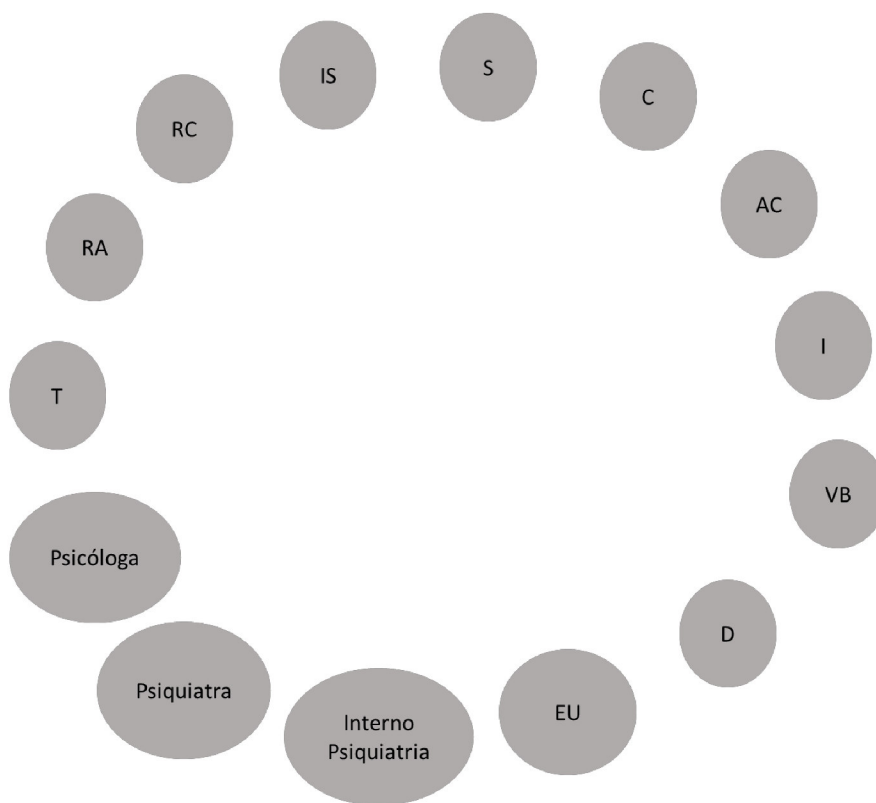


## ❖ 12 OUTUBRO – GRUPO TERAPÊUTICO

**Duração:** 2 horas

**Técnico:** Psicóloga, Médica Psiquiatra, Interno de Psiquiatria, Interno de Medicina Geral e Familiar

Ao entrar na sala, o grupo dispôs-se espontaneamente da seguinte forma:



**Figura 6** – Distribuição do grupo na sala – Grupo terapêutico 2

Após o início do grupo com a questão aberta “*Quem quer começar hoje?*”, a VB respondeu com rapidez “*Eu quero embora. Eu não quero estar aqui*”. Todos os restantes elementos do grupo fizeram silêncio e focaram a sua atenção na cliente. A psiquiatra presente, que a acompanhou durante o seu internamento recente, validou a sua dificuldade em estabelecer e manter compromissos na sua vida em geral e, em particular, com o seu tratamento. A cliente ignorou, manteve-se inquieta na cadeira e manteve um discurso rígido centrado na ideação de alta “*Eu não preciso de estar aqui, eu já estou bem. Estive um mês inteiro internada e já tenho regras (...)* A minha mãe está muito contente comigo, já me lavo de manhã. O meu sonho é ser cantoneira e ir trabalhar. Quero ir à junta inscrever-me, aqui estou a perder tempo em que podia estar a trabalhar”.

A questão trazida pela VB para o grupo dominou toda a intervenção. Foram múltiplas e de diversa natureza as respostas que obteve por parte do grupo com o intuito de corrigir o seu comportamento e conter o movimento de fuga face aos desafios do hospital de dia.

- A psiquiatra promoveu o reconhecimento da universalidade da sua experiência de dificuldade em lidar com emoções negativas, sentimentos de inadequação e incapacidade. Questionou o grupo sobre as suas experiências durante a fase inicial de tratamento no hospital de dia, em particular nas duas semanas de período experimental. Várias pessoas do grupo partilharam a sua experiência, incluindo a IS, S, I e R.

- A IS partilhou a sua experiência inicial, descrevendo como *“muito difícil estar nesta sala...ainda é. Todos os dias tenho vontade de ir embora mas não vou”*. Recebeu feedback sobre a sua postura curvada sobre si, chorosa, sem estabelecer contacto visual e imóvel e respondeu *“é verdade, era mesmo assim”*.

- A S, para surpresa de todos, partilhou espontaneamente a sua desconfiança inicial face ao grupo e às intervenções propostas. *“Eu não sabia o que é que estava aqui a fazer. Pintar para quê? Coser para quê? Falar para quê? Agora começo a perceber”*. A R respondeu-lhe diretamente incutindo esperança *“Eu passei meses...meses sem saber o que é que estava aqui a fazer, sem falar, sem querer estar aqui...e agora estou quase a ir embora. Se eu consegui, tu também consegues”*.

- A I, com um tom de voz ríspido, deu o exemplo da sua experiência e dirigiu-se diretamente à VB dizendo *“tu dizes que queres os teus filhos de volta mas não é assim que vais conseguir. Se continuares assim eles não querem saber de ti porque fazes asneira atrás de asneira e eles não confiam. Tens que fazer qualquer coisa de diferente para eles confiarem”*.

A VB escutou as experiências partilhadas pelos seus pares mas decidiu abandonar o hospital de dia durante o intervalo. Regressou na 2ª feira seguinte.

**SESSÃO 2 – COMO EU ME VEJO e COMO OS OUTROS ME VÊEM**

**OBJETIVOS:**

▪ **Objetivo Geral:**

- Promover uma autoestima adequada na pessoa adulta com doença mental internada em Hospital de Dia de Psiquiatria.

▪ **Objetivos Específicos:**

- Estimular a identificação de aspetos relativos à autoimagem;
- Facilitar o contacto com a representação que os outros têm de nós;
- Promover a reflexão de cada um sobre a sua própria autoestima;
- Estimular o reconhecimento de capacidades, qualidades e realizações;
- Promover a socialização e partilha em grupo.

<b>Data e Hora</b>	17 Outubro de 2017 10h00 – 12h00 (intervalo de 15 minutos, das 11h às 11h15)
<b>Duração</b>	2h00
<b>População Alvo</b>	Utentes do Hospital de Dia – Psiquiatria de Adultos Número estimado de participantes: 12 pessoas
<b>Recursos</b>	<b>Recursos Humanos:</b> - 1 Enfermeiro  <b>Recursos Materiais:</b> - Mesas - Cadeiras - Televisão - Vídeo “Dove - Retratos de Beleza Real” - Folhas coloridas - Esferográficas
<b>Metodologia</b>	<b>Parte 1</b> - Colocar as mesas em fila, com cadeiras em número suficiente para os participantes que devem sentar-se frente a frente; - Distribuir esferográficas e papel;

- “Imagine que eu quero desenhar a cara de cada um de vós. Para isso preciso que me descrevam a vossa face com o máximo de pormenores possível. Descrevam o cabelo, a testa, as sobrancelhas...” (10-15 minutos);
- Em seguida, pedir que olhem para a pessoa à sua frente e descrevam a sua cara (10-15 min):
- Aguardar até que todos terminem.

## **Parte 2**

- Pedir aos participantes que formem um meia-lua, de forma a que todos os participantes consigam ver a televisão;
- Projetar o vídeo “Dove Retratos da Real Beleza”  
<https://www.youtube.com/watch?v=ABups4euCW4>
- Após a visualização do vídeo, reposicionar as cadeiras em volta da mesa.

- Questões orientadoras:

Validar a compreensão do vídeo, pedindo que sintetizem o conteúdo do mesmo; Debater a diferença entre a forma como me vejo vs como os outros me vêem (quais as diferenças nos retratos? Porque é que os retratos que resultavam das instruções de outras pessoas eram mais parecidos com a pessoa real? Porque é que a pessoa retratada realçava aspetos mais negativos ou de que menos gostava?).

## **Parte 3**

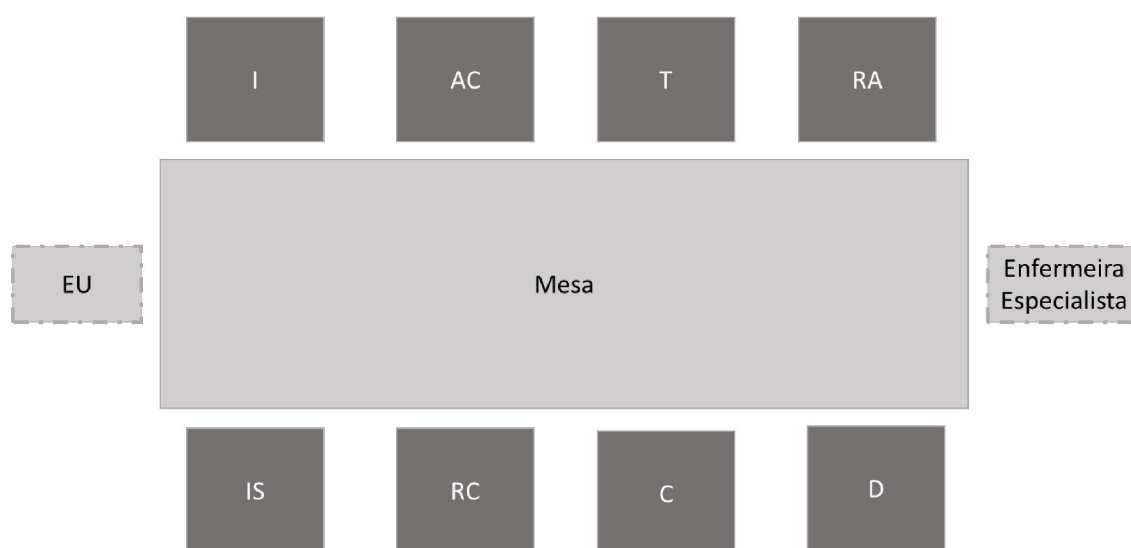
- Questionar abertamente sobre quem quer partilhar a descrição da sua cara. Em seguida pedir ao utente em frente que leia a descrição do seu par.

É importante que todos os participantes tenham a oportunidade de ler e refletir sobre o seu resultado.

Questões orientadoras:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como é que foi pensar nas minhas características?</li> <li>- Como é que me sinto com o que escrevi sobre mim?</li> <li>- O que penso sobre o que o outro viu em mim? Concordo? O que sinto?</li> <li>- Como reajo e integro o elogio? E a crítica?</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	<p>No final da intervenção, avaliar se os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstram capacidade de se expressar sobre a sua própria autoimagem e identidade;</li> <li>- Identificam aspetos positivos em si;</li> <li>- Identificam aspetos positivos no outro;</li> <li>- Reconhecem o impacto dos outros na construção da autoestima;</li> <li>- Verbalizam e partilham com o grupo sentimentos, emoções, recursos e dificuldades percebidas.</li> </ul>

Ao entrar na sala, o grupo dispôs-se espontaneamente da seguinte forma:



**Figura 7** – Distribuição do grupo na sala – Promoção da Autoestima 2

Imediatamente após terem sido dadas as instruções iniciais, todos os clientes aderiram à intervenção, começando a descrever-se com mais ou menos pormenores, com exceção da RC. Apesar de reconhecer o seu padrão de comportamento pelas várias interações e intervenções anteriores, considerei necessário, para além de validar a sua dificuldade, incentivar a cliente à participação, já que o facto de não se envolver na intervenção implicaria que a AC – sentada à sua frente – não teria feedback da sua descrição. Foi a

enfermeira especialista, com quem a RC mantém uma relação terapêutica consolidada, que conseguiu atingir este objetivo. Apesar de a cliente não ter conseguido descrever-se a si própria, descreveu a sua colega como *“A AC é muito bonita. Tem um cabelo muito bonito”*.

Todos compreenderam e conseguiram verbalizar aspetos relativos à mensagem transmitida pelo vídeo.

### **Subgrupo 1 - I e IS**

**I** – descreveu o seu rosto com vários pormenores neutros (*“olhos castanhos, cabelo comprido”*) e alguns negativos (*“queixo afunilado, muitas rugas de expressão”*). Descreveu a IS como tendo *“uma cara que mostra o sofrimento em que ela está”*;

**IS** – Associou a quase todas as suas características físicas uma emoção ou sentimento negativo (*“cabelo áspero”, “olhos transmitem tristeza”, “algumas rugas mas também já passei por muito”*). Manteve-se focada nesta relação entre o corpo e o sentimento associado ao mesmo e fez um exercício semelhante ao descrever a I. Esta reagiu à sua descrição acenando com a cabeça e confirmou o seu percurso de vida que descreveu como *“difícil”*.

A mensagem subjacente foi aproveitada para discutir a forma como todos nós transmitimos algo ao outro através do nosso corpo.

### **Subgrupo 2 – AC e RC**

**AC** – Atribuiu o adjetivo *“normal”* a quase todas as suas características e criticou alguns aspetos, tais como, *“maças do rosto magras, queixo fino”*; Descreveu a RC com vários pormenores, com aspetos tendencialmente neutros e, ocasionalmente positivos, sem nunca utilizar a palavra *“normal”*;

**RC** – Com ansiedade presente face às instruções dadas. Tal como descrito, recusou descrever-se a si própria e pediu à IS e AC – as mais próximas – *“faça você, eu não consigo. Faça você”*. Após a intervenção da enfermeira, descreveu a AC de forma breve mas positiva.

Foi dado feedback à AC e discutiu-se com o grupo o adjetivo *“normal”*, o seu significado e os motivos que poderiam justificar a sua utilização. Esclarecidas as dificuldades na nomeação de aspetos positivos em cada um.

### **Subgrupo 3 – T e C**

**T** – Fez uma descrição negativa de si próprio - *“Cabelo como quem acabou de acordar, maçãs do rosto com borbulhas, nariz largo, queixo grande”* – ainda que sem expressar uma emoção concordante. Quando confrontado com a dureza da sua descrição, encolheu os ombros e disse *“ não, é mesmo assim”*. Descreveu o C de forma neutra, com poucos detalhes.

**C** – Descreveu-se e descreveu o T de forma pormenorizada (foi o último a terminar de escrever em ambas as descrições e todo o grupo esperou até que terminasse), como sempre que lhe é dada a possibilidade de realizar atividades que envolvem a escrita. Descreveu o T como tendo *“um cabelo forte, maçãs do rosto bem implantadas”*.

Fazendo uma relação com o vídeo projetado, abordou-se o confronto que ficou claro entre a forma como cada um se vê e a forma como o outro o faz.

### **Subgrupo 4 – RA e D**

**RA** – Encontrava-se menos participativa do que o habitual e partilhou, com pouco entusiasmo, uma descrição tendencialmente neutra (*“olhos castanhos, cabelo castanho”*) a negativa (*“pele demasiado branca, cabelo muito fino e em pouca quantidade aqui em cima”*). Reproduziu um discurso neutro para descrever o colega à sua frente.

**D** – Descreveu-se com poucas palavras, deixando uma frase a meio. Quando questionado sobre a dificuldade do exercício, o que tinha sentido ou como se sentia ao ouvir a sua descrição, apresentou respostas monossilábicas e sem estabelecer contacto visual. Através da confrontação com este aspeto em particular, foi explorada a sua dificuldade em criar relações com os outros, validado o seu desejo de contrariar o isolamento social e delineadas estratégias simples para começar a estabelecer contacto com os restantes elementos do grupo.

### **Avaliação:**

Avalia-se a intervenção implementada como pertinente, já que se verificaram aspetos correspondentes a manifestações do diagnóstico de autoestima diminuída, incluindo

verbalizações autodepreciativas, dificuldade em elogiar e aceitar o elogio, expressão de dificuldades, baixa autoeficácia e sentimentos negativos, incapacidade para estabelecer e manter o contacto visual e dificuldade no relacionamento interpessoal.

Os resultados esperados para a intervenção foram alcançados, apesar de se reconhecer que o carácter pontual da intervenção não é naturalmente suficiente, por si só, para alcançar um diagnóstico de autoestima positiva nos vários elementos do grupo. No entanto, foram atingidos com sucesso resultados importantes. Esta intervenção potenciou o confronto individual com aspetos da identidade, da autoimagem e da autoestima, promovendo uma maior consciência de si, o reconhecimento de uma visão tendencialmente negativa e o seu confronto com o reflexo apresentado pelo outro, sinalizando semelhanças e diferenças.



#### **4. AVALIAÇÃO DO PERCURSO TERAPÊUTICO**

Avaliando o percurso do grupo de forma transversal, é possível afirmar que o mesmo manteve a sua estrutura relativamente estável, apesar da permeabilidade à entrada e saída de elementos. Para este aspeto contribuiu o facto de o grupo nunca ter sido totalmente composto por novos membros, o que permitiu a integração dos mesmos num grupo com um *setting* terapêutico já bem definido. Este facto verifica-se por exemplo no Grupo Terapêutico de dia 9 de Outubro, quando todo o grupo, em coesão, apresentou as regras à VB no dia da sua admissão, ignorando a sua renitência em integrar-se num meio de normas bem definidas e conhecidas por todos.

Através da participação no grupo, todos os seus elementos puderam desenvolver – ainda que em diferentes medidas, de acordo com os fatores de reconstituição de cada um - os objetivos gerais definidos pela equipa multidisciplinar. Apesar da dificuldade inicial de alguns elementos na exposição e interação com o grupo, foi possível progressivamente melhorar o bem-estar, desenvolver competências em vários domínios (pessoal, interpessoal, social, cognitivo, comportamental, de resolução de problemas, entre outros). Foram desenvolvidas estratégias com vista à reintegração social, profissional e familiar, tendo-se verificado a centralidade destas questões na vivência de vários elementos do grupo. Por fim, é possível afirmar que se diminuiu, pelo menos no imediato, a necessidade de internamento, já que todos os elementos desenvolveram o seu percurso, com mais ou menos resistências, no sentido do equilíbrio e não do desequilíbrio do seu próprio sistema. Não se verificou a necessidade de internamento de nenhum dos elementos do grupo ao longo do percurso no hospital de dia.

Os efeitos positivos do grupo no percurso terapêutico de cada um decorrem da existência de vários fatores que, em interação, potenciam o confronto de cada um consigo próprio – ampliando a consciência de si, a descoberta de limitações e recursos – através do confronto com o outro, igualmente detentor de aspetos positivos e negativos. Este efeito de espelho do grupo permite, através da descoberta de si próprio e do outro, tornar explícito o que antes era desconhecido (Zimmerman & Osório, 1997), tornando a pessoa mais consciente e competente para a gestão do seu equilíbrio, tanto interno como com o meio que o rodeia.

É da interação entre as várias partes do sistema grupo que se produzem os fatores terapêuticos definidos por Yalom (1985). Nestes incluem-se a instilação de esperança, a universalidade, a transmissão de informação, o altruísmo, a recapitulação do grupo familiar, o desenvolvimento de técnicas de socialização, o comportamento imitativo, a aprendizagem interpessoal, a coesão do grupo, a catarse e os fatores existenciais. Estes fatores emergiram no cliente grupo e permitiram a melhoria do *status* dos diagnósticos de enfermagem determinados no início do período de avaliação em questão. A título de exemplo, a instilação da esperança por parte dos elementos há mais tempo no grupo, permitiu uma redução da ansiedade nos recém-chegados, funcionando como modelos de esperança e de aprendizagem interpessoal.

Por fim, apesar do resultado deste percurso ser decorrente da intervenção de uma equipa multidisciplinar, é possível determinar alguns dos resultados obtidos pela intervenção especializada de enfermagem nos seus diagnósticos específicos. De forma global verificou-se uma melhoria em todos os diagnósticos inicialmente definidos, ainda que se deva realçar que existem, naturalmente, diferenças entre os vários elementos do grupo.

- **Coping ineficaz**

Ao longo do período de acompanhamento em hospital de dia, verificou-se que vários elementos do grupo conseguiram identificar o seu leque de mecanismos de coping, reconhecendo a sua eficácia/ineficácia e o seu foco no problema ou nas emoções associadas. Verificou-se ainda o desenvolvimento de estratégias de coping mais eficazes para alguns elementos do grupo, incluindo o sentido de humor, a resolução de problemas ou as estratégias de distração e criatividade (como o desenho e a pintura).

- **Autoestima diminuída**

Verificou-se uma melhoria da autoestima, demonstrada por uma disponibilidade progressivamente maior para a participação nas intervenções em grupo, verbalizações de sentimentos de competência, melhoria da confiança e da autoeficácia, aceitação do elogio, melhoria da reação à crítica e capacidade de estabelecer objetivos realistas para o futuro.

- **Ansiedade**

Verificou-se uma redução da ansiedade dos membros mais recentes do grupo, manifestada por uma progressiva disponibilidade para a participação nas intervenções. Mantiveram-se como frequentes as verbalizações de ansiedade em relação a estímulos exteriores ao hospital de dia, tais como andar de transportes públicos, resolver problemas ou comunicar com determinadas pessoas do círculo de relacionamentos. No entanto, alguns clientes verbalizaram a aquisição progressiva de capacidades para a realização destas tarefas, com redução da ansiedade associada.

- **Comunicação ineficaz**

Verificou-se um aumento do conhecimento sobre os estilos de comportamento e comunicação, com a identificação de cada elemento do grupo sobre o seu padrão/estilo comunicacional (tendencialmente agressivo, manipulador, passivo ou assertivo).

Com recurso ao feedback do enfermeiro e dos pares nas várias interações formais e informais, desenvolveram-se competências sociais relevantes, tais como pedir ajuda, agradecer, dar/receber um elogio ou uma crítica ou partilhar e discutir uma opinião.

- **Isolamento Social**

A inclusão no hospital de dia constituiu, por si só, uma intervenção redutora do isolamento social para todos aqueles que constituem o grupo. Foram ainda implementadas intervenções como a promoção da interação social (tanto no hospital de dia como no exterior) e a disponibilização de informação sobre recursos pessoais, familiares e comunitários. Promoveu-se a identificação dos motivos subjacentes ao isolamento, bem como o desenvolvimento de novas estratégias.

## 5. CONCLUSÃO

A realização do presente estudo de caso constituiu para mim um dos desafios mais importantes do meu percurso de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Antes de começar este percurso tinha medo do trabalho com grupos. Ainda tenho, mas reconheço que, por me ter disposto a confrontá-lo, desenvolvi competências que considero fulcrais para a minha futura prática enquanto enfermeira especialista. No grupo ampliam-se as dificuldades mas também as potencialidades e foi com o grupo que aprendi muito sobre mim, sobre a vivência da doença mental, sobre o trabalho em equipa multidisciplinar e, em particular, sobre a forma como os enfermeiros podem contribuir para a saúde mental das pessoas, ajudando a que as suas vidas se aproximem de uma forma de estar no mundo mais saudável, enquadrada com o meio e satisfatória para o próprio.

Após dois meses de acompanhamento deste grupo, não posso deixar de sentir que este estudo de caso estava, desde o início, inevitavelmente condenado à incompletude, porque me parece impossível enquadrar toda a experiência de um grupo terapêutico num documento que se pretende relativamente sumário. A complexidade de cada indivíduo e as interações que se estabelecem, tornam a análise de um grupo num processo de dificuldade exponencial porque é preciso conhecer as partes na sua individualidade para, em seguida, procurar conhecer o todo.

Ter tido a oportunidade de acompanhar este grupo terapêutico, observar a sua evolução enquanto todo (sem esquecer que esta resultou indubitavelmente da evolução de cada uma das suas partes) e debruçar-me sobre a forma como cada intervenção provocou reajustes no sistema, foi um privilégio e uma oportunidade única de aprendizagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2015). *Quando a mente adoece - uma introdução à psiquiatria e à saúde mental* (1ª ed.). Cascais: Princípiã.
- Alves, A., & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), pp. 127-131.
- Arrais, P. (2014). Tema III Autoestima. Em C. Oliveira, P. Arrais, & S. Ladeiro, *Guia prático de empoderamento e capacitação* (pp. 83-121). Vila Real: EAPN Portugal / Núcleo Distrital de Vila Real.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem : CIPE versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Neuman, B. (1995). *The neuman systems model* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Mallorca: Salvat Editores.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3ª ed.). New York: Basic Books, Inc.
- Zimmerman, D. (1993). *Fundamentos Básicos da Grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimmerman, D., & Osório, L. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.



# **APÊNDICE 10**

**MÓDULO 1 – INTERVENÇÃO COM O GRUPO DE PSICOGERIATRIA**





Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

# **A promoção da autoestima**

## **Intervenção num grupo de idosos**

**Hospital de Dia de Psicogeriatria**

Módulo 1 – Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção

Inês Robalo Nunes

192016022

Orientação:

Professor Doutor Paulo Seabra

Sra. Enfermeira 

Lisboa, Outubro de 2017

## ÍNDICE

Introdução.....	245
1. Planeamento da Intervenção .....	247
2. Implementação da Intervenção .....	250
3. Avaliação da Intervenção .....	254
4. Conclusão.....	257
Referências Bibliográficas .....	258

## **INTRODUÇÃO**

O presente documento enquadra-se no Módulo 1 da Unidade Curricular Estágio – Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção – e pretende apresentar o planeamento, implementação e avaliação de uma intervenção grupal, realizada com um grupo de idosos (idade superior a 65 anos) internados num Hospital de Dia de Psicogeriatria.

O desenvolvimento da referida intervenção constitui uma atividade dirigida à concretização do Objetivo 2 – Implementar intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial ou psicoeducacional, promotoras da autoestima na pessoa com o diagnóstico de (risco de) baixa autoestima. A fundamentação teórica subjacente à intervenção foi previamente, e de forma aprofundada, apresentada sob a forma de artigo científico para avaliação da unidade curricular Enfermagem Psiquiátrica. No entanto, apresenta-se em seguida uma breve síntese da mesma.

A terapia da reminiscência baseia-se na recuperação e utilização de memórias e experiências do passado com um fim terapêutico (Lopes, Afonso, & Ribeiro, 2014) e fundamenta-se no pressuposto de que a recordação de eventos do passado e a sua partilha ativa contribuem para que os indivíduos ultrapassem sentimentos negativos e dificuldades no presente (Soniya, 2015).

A terapia da reminiscência constitui uma intervenção adequada à população idosa (Webster, Bohlmeijer, & Webster, 2010; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010) e apresenta múltiplos benefícios, que incluem a adaptação a novos eventos e transições, a promoção do bem-estar e da satisfação com a vida, o desenvolvimento de sentimentos de competência e mestria, a redução dos sintomas depressivos e a melhoria da autoestima (Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008).

As intervenções baseadas na reminiscência podem assumir formas de complexidade crescente: a reminiscência simples (não estruturada), a revisão de vida (mais estruturada e integradora de toda a história de vida) e a terapia de revisão de vida (utilizada como intervenção terapêutica com a pessoa com perturbação mental) (Webster, Bohlmeijer, & Webster, 2010; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Dado o carácter pontual da

intervenção que em seguida se apresenta, esta pode ser enquadrada no âmbito da reminiscência simples.

Para além da narrativa verbal, na terapia da reminiscência podem ser utilizados vários recursos para estimular memórias, nomeadamente fotografias, documentos, filmes, música, dramatização, jogos e tradições, entre outros (Meléndez-Moral, Terrero, Galán, & Rodríguez, 2015; Soniya, 2015). Podem ser estimuladas memórias relativas a várias áreas e épocas da vida, incluindo a infância, adolescência, história e vida familiar, vida laboral, relações interpessoais significativas e conquistas pessoais.

Em seguida, apresenta-se o planeamento detalhado da intervenção - incluindo os seus objetivos, duração, recursos materiais e metodologia - uma síntese da sua implementação e a respetiva avaliação. Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas, de acordo com a norma da APA, sexta edição.

## 1. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

**TEMA:** Um dia feliz na minha vida

### OBJETIVOS:

- **Objetivo Geral:**

- Promover a autoestima da pessoa idosa internada em hospital de dia de Psicogeriatria, com recurso a terapia da reminiscência.

- **Objetivos Específicos:**

- Estimular a memória de longo prazo;
  - Estimular o reconhecimento de capacidades, qualidades e realizações do passado;
  - Promover o bem-estar;
  - Promover a socialização e partilha em grupo.

### ESTRATÉGIA:

<b>Data e Hora</b>	20 Outubro de 2017  10h00 – 11h
<b>Duração</b>	1h00
<b>População Alvo</b>	Utentes do Hospital de Dia – Psicogeriatria  Número estimado de participantes: 10 pessoas
<b>Recursos</b>	<b>Recursos Humanos:</b>  - 1 Enfermeiro  <b>Recursos Materiais:</b>  - Mesas  - Cadeiras  - Fotografias pessoais - trazidas pelos participantes

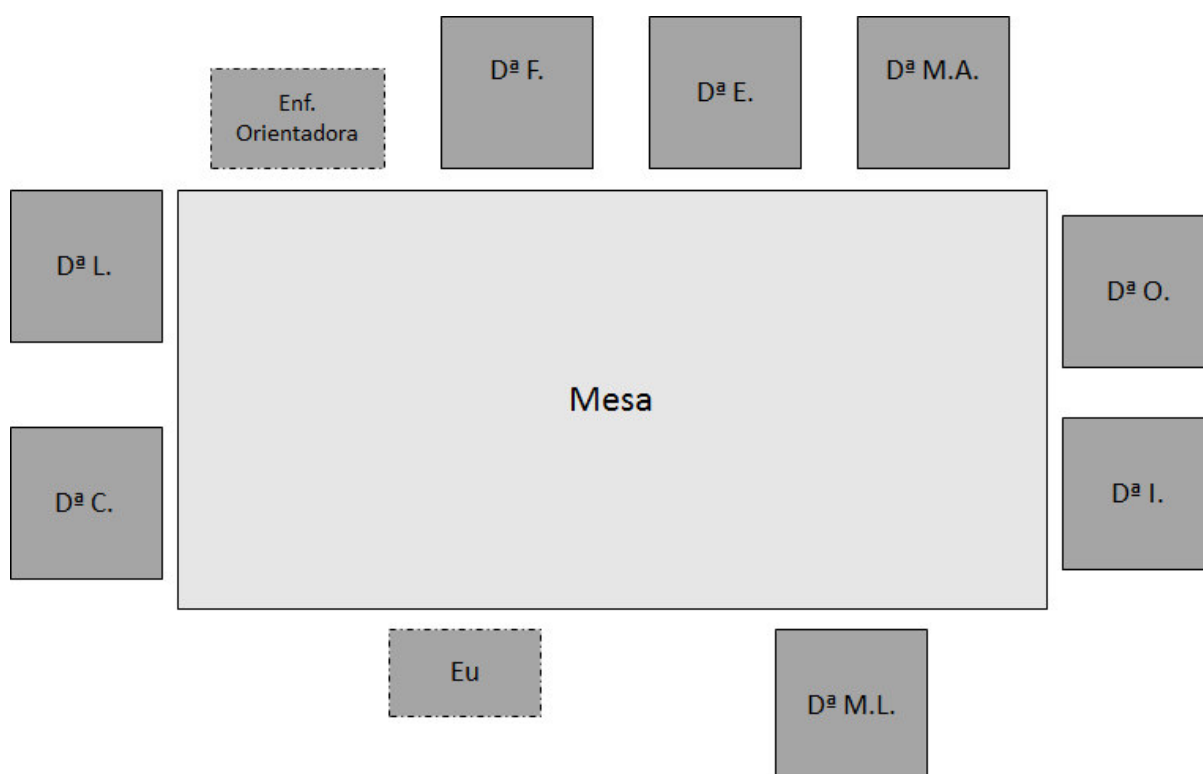
<b>Metodologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nos dias anteriores à intervenção, pedir e relembrar aos utentes que tragam uma fotografia que represente um dia feliz das suas vidas;</li> <li>- Preparar a sala com as mesas juntas ao centro e as cadeiras em redor.</li> </ul> <p><b>Parte 1 – Quebra-Gelo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendo em conta a entrada recente de novos elementos no grupo, primeira dinâmica deve ser de apresentação. Cada utente deve dizer o seu nome e o da sua pessoa à sua esquerda (ex: <i>Eu sou X, à minha esquerda está Y</i>).</li> </ul> <p><b>Parte 2 – Um dia feliz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar de forma sucinta a atividade proposta, utilizando linguagem simples e objetiva. Tendo em conta o prejuízo da memória recente da maioria dos elementos do grupo, a atividade deverá ser apresentada ao longo da sua realização, evitando instruções iniciais longas ou detalhadas.</li> <li>- Questionar abertamente sobre quem quer apresentar a sua fotografia ao grupo. É importante garantir que todos os elementos têm a oportunidade de partilhar a sua memória.</li> <li>- Caso algum dos participantes não tenha trazido uma fotografia, validar o motivo. Em caso de esquecimento, estimular a narrativa oral sem outro recurso.</li> <li>- A fotografia pode ser partilhada e circular entre o grupo, de acordo com a vontade do utente que a trouxe. A interação entre os elementos do grupo deve ser promovida ativamente</li> </ul>
--------------------	---

	<p><b>Parte 3 - Encerramento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encerrar a sessão agradecendo a participação e a partilha;</li> <li>- Realizar uma síntese dos pensamentos e sentimentos relacionados com a sessão.</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	<p>No final da intervenção, avaliar se os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstram capacidade de se expressar e evocar experiências sobre o seu passado;</li> <li>- Identificam aspetos positivos em si e na sua vida;</li> <li>- Verbalizam e partilham com o grupo sentimentos, emoções, recursos e dificuldades percebidas.</li> </ul>

## 2. IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A intervenção acima descrita foi implementada na privacidade de uma sala do Hospital de Dia de Psiquiatria.

Tal como planeado, foram colocadas várias mesas na zona central da sala. Os participantes escolheram espontaneamente posicionar-se da seguinte forma.



Comecei por introduzir a intervenção explicando de forma breve a forma como a mesma decorreria. Fui quase imediatamente interrompida pela **D<sup>a</sup> F.** que, de braços cruzados, e testa franzida afirmou: *“Eu não trouxe fotografia nenhuma. A minha fotografia é uma fotografia muito feliz e muito triste ao mesmo tempo, como já lhe tinha dito ontem. Eu estou aqui para esquecer. Para esquecer estas coisas da minha vida. Eu só quero esquecer, esquecer, esquecer!”*. Havia agressividade e uma postura desafiadora nas palavras, nos gestos e no tom de voz. Validei a sua dificuldade em pensar em memórias e aspetos positivos da sua vida e demonstrei compreensão pela sua dificuldade. A utente repetiu por várias vezes, de forma quase ininterrupta, que não tinha trazido qualquer fotografia, reiterando a sua indisponibilidade para participar na intervenção. Escutei-a mas, num breve momento de silêncio, aproveitei para encerrar o seu discurso dizendo que compreendia que não quisesse participar mas que tínhamos que continuar porque as



restantes pessoas na sala tinham trazido fotografias e certamente queriam falar sobre elas. A utente teve dificuldade em ficar em silêncio ao longo da intervenção, comentando várias vezes as intervenções das restantes utentes.

Retomando a introdução que havia preparado reforcei a importância de relembrar o nome das pessoas na sala. Cada pessoa disse o seu nome para que os restantes ouvissem.

Questionei, em seguida, o grupo sobre quem gostaria de começar. A **D<sup>a</sup> I.** voluntariou-se imediatamente, e apresentou ao grupo a fotografia do casamento da sua filha mais velha, nos anos 90, numa data que não soube especificar. Falou das suas filhas: *“Elas são o meu orgulho, fizeram tudo, até pagaram o próprio curso que eu não podia(...) são muito melhores do que eu, no trabalho, com os maridos (...) o meu marido era alcoólico, não era fácil”*. Foi esclarecida a diferença entre a sua relação conjugal e a relação das suas filhas com os respetivos maridos e reforçou-se positivamente o contributo que tinha dado para que as suas filhas se tornassem naquilo de que tanto tinha orgulho. Concluiu a sua partilha dizendo, com um sorriso rasgado, *“No outro dia fui ao escritório onde a minha filha trabalha e ela disse-me ‘Senta-te, mãe!’.* Pensava que ela ia sentar-se ao meu lado mas sentou-se ao meu colo e encostou a cabeça no meu ombro. Foi tão bom!”.

A **D<sup>a</sup> O.** trouxe igualmente uma fotografia do casamento da filha, focando-se em aspetos mais práticos e apresentando-o como *“um dia feliz mas muito trabalhoso (...) no final da noite ficámos a fazer contas, para ver quem é que pagava o quê”*. Chamou, com ironia, a atenção das restantes utentes para a saia que vestia nesse dia *“Vejam lá a saia linda que eu levava...nota-se tanto a barriga”*. O restante grupo reforçou positivamente que estava muito elegante e bem vestida.

A **D<sup>a</sup> M.A.** apresentou em seguida um cartão que lhe havia sido oferecido no dia da mãe, pela sua filha e neta, com uma fotografia das duas muito sorridentes. A utente falou sobre o significado do dia da mãe, afirmando ser um dia importante para si. Relembrou o facto de terem ido almoçar fora e de ter recebido o cartão como prenda. Todas as utentes notaram a semelhança da filha e neta da **D<sup>a</sup> M.A.** com a mesma, o que a fez sorrir e dizer *“Elas são mais bonitas mas gosto muito delas”*.

Seguiu-se a **D<sup>a</sup> E.** que trouxe uma fotografia sua onde aparecia com cerca de 50 anos, junto da sua cadela Fifi, de laço na cabeça. A partir dessa fotografia recordou a sua infância

*(“Sempre vivi com animais, os meus pais também sempre tiveram cães...cresci assim”)* e falou sobre a sua vida atual, partilhando com as utentes que vivia com uma cuidadora, seis cães e um gato. *“Quando chego a casa eles mimam-me muito. Abanam o rabo quando me vêem [imita o gesto de abanar a cauda]”*. Sorriu ao falar dos seus animais e disse gostar muito deles. O sorriso converteu-se num fâcies mais fechado quando a D<sup>a</sup> M.L. lhe perguntou diretamente se tinha filhos e a utente respondeu que não. Rapidamente as restantes utentes, à medida que viam a fotografia, elogiaram a sua figura mais jovem e esguia. A D<sup>a</sup> O. aproveitou ainda para se lamentar dizendo *“A nossa cara devia ficar sempre assim, sem rugas, toda lisinha”*.

A D<sup>a</sup> L. apresentou ao grupo uma fotografia de família, a preto e branco, do dia do batizado do seu filho – *“O batismo foi na igreja de São João de Brito. Também foi a igreja onde me casei, era um sítio importante para nós. Vivemos muito tempo ali perto da (avenida) João XXI e a nossa vida era toda ali”*. As restantes utentes questionaram-na sobre quem eram as restantes pessoas da fotografia, quiseram quem era o seu marido, elogiaram a sua figura e o bebé que tinha ao colo. Quando questionada sobre se tinha outros filhos, a utente recordou com tristeza a outra filha, *“Foi batizada à pressa em Lourenço Marques antes de a levarmos para o hospital. Não tenho uma fotografia igual a esta para mostrar”*. O restante grupo ouviu-a com atenção e seriedade.

A D<sup>a</sup> C. começou por dizer que não tinha percebido e que tinha trazido apenas uma fotografia de si própria. A sua fotografia “tipo-passe” ainda bastante recente circulou pelo grupo, à semelhança das fotografias anteriores. Questionei-a sobre que fotografia poderia ter escolhido caso tivesse compreendido o pedido inicial, ao que a mesma respondeu que traria uma fotografia do casamento da sua filha, com todos os convidados. Recordou brevemente esse dia mas rapidamente começou a falar de si, da vida que descreveu como *“difícil, o meu marido estava sempre fora, passei muito tempo sozinha com os filhos. Trabalhava em duas casas a fazer limpezas, não tenho vergonha nenhuma (...) Agora estou um farrapo, não consigo fazer nada [olha com raiva para as mãos deformadas pela artrite reumatóide]. Cheia de dores e angústia”* Acrescentou ainda *“O meu marido era um malandro...agora que estamos nos 80 é que já não pode”*. Todas pareceram surpreendidas pela sua idade e elogiaram-na dizendo que parecia mais jovem do que a sua idade real; a

D<sup>a</sup> C. sorriu discretamente mas pareceu renitente a aceitar o elogio *“Não sou a única com 82 anos nesta sala, de certeza”*.

Por fim, a D<sup>a</sup> M.L. começou por apresentar duas fotografias tipo passe, uma relativamente recente e outra a preto e branco com cerca de 30 anos. Afirmou também não ter compreendido as instruções relativas à fotografia, facto que justificou com a sua hipoacúsia marcada. Não se lembrava especificamente do dia em que havia tirado a fotografia mais antiga, mas foi estimulada a partilhar aspetos da sua vida aos 40 anos de idade. Falou do marido e dos filhos. *“Era uma boa vida, éramos muito felizes (...) agora é que estou velha e as dores não me deixam”*.

Confirmei as horas com a enfermeira orientadora e quando pretendia encerrar a sessão resumindo a mesma, a D<sup>a</sup> I. verbalizou espontaneamente *“No fim todas trouxemos fotografias das nossas famílias e eles são a coisa boa que temos na vida”*. Esta ideia pareceu ser aceite por todos. Todos se levantaram e saíram para o intervalo. A D<sup>a</sup> M.A. perguntou sorridente antes de sair *“A seguir vamos continuar a fazer isto?”*.

### 3. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

De forma global, considero que os objetivos previamente definidos foram alcançados com sucesso e que a intervenção se mostrou pertinente, tendo em conta as várias manifestações de baixa auto estima verbalizadas pelas utentes (*“Elas são muito melhores do que eu”*; *“Elas são mais bonitas”*; *“Agora estou um farrapo, não consigo fazer nada”*).

Verificou-se que o número de participantes na intervenção foi mais reduzido do que o inicialmente projetado, uma vez que no dia da sua implementação faltaram ao hospital de dia os dois únicos elementos do sexo masculino do grupo. Desta forma, a intervenção foi implementada exclusivamente com mulheres idosas. O número de participantes enquadrou-se no preconizado para as intervenções de terapia da reminiscência – 8 a 12 pessoas (Wong & Watt, 1991).

Uma vez que o tema apresentado “Um dia feliz na minha vida” era, de forma intencional, bastante alargado, não era possível prever a existência de qualquer padrão entre as memórias escolhidas por cada um. Curiosamente, o tema predominante subjacente às fotografias trazidas pelos participantes foram a família e as relações interpessoais de proximidade e apoio, tendo várias utentes trazido fotografias dos filhos e netos, na sua maioria relativas a dias socialmente relevantes como o casamento, o batismo ou a celebração do dia da mãe. A participante que trouxe uma fotografia de um dia passado com o seu animal de estimação verbalizou igualmente sentimentos de alegria, reciprocidade na relação e uma atitude carinhosa para com o mesmo, constituindo por isso uma relação de proximidade na sua vida. Este aspeto reforça a conceção não tradicional e alargada de família e, apesar da diferença, a narrativa da utente foi bem acolhida pelo grupo.

Duas das utentes pareceram não ter compreendido as indicações dadas previamente à sessão e trouxeram fotografias “tipo-passe” de si próprias. No caso da D<sup>a</sup> C., tal como planeado, estimulou-se a narrativa verbal, com boa resposta por parte da utente que conseguiu identificar e descrever uma fotografia que poderia ter trazido, caso tivesse compreendido as instruções. No caso da D<sup>a</sup> M.L., optou-se por estimular a narrativa verbal a partir da sua fotografia mais antiga, tendo a utente feito uma breve descrição da sua vida aos 40 anos de idade.

Importa igualmente analisar a recusa da D<sup>a</sup> F. em participar na intervenção. Desde o dia em que foi informada da necessidade de trazer uma fotografia que a utente verbalizou espontaneamente, com irritabilidade e uma postura desafiadora que não pretendia trazer qualquer fotografia *“Eu não trago fotografia nenhuma. Tenho lá uma mas é de um dia feliz e triste ao mesmo tempo. Eu não vou trazer nada”*. Apesar de na véspera, em resposta a esta verbalização, lhe ter sido validada a dificuldade de alguns momentos da sua história de vida, foi-lhe também sugerido que pensasse noutra fotografia que lhe despertasse memórias positivas. No dia da sessão a utente não só não trouxe a fotografia como interrompeu a sessão no momento em que apresentava os seus objetivos, verbalizando que queria esquecer. Avalio como positivo o facto de ter compreendido no imediato que a utente não queria partilhar a sua memória com o grupo e de ter respeitado a sua vontade. Deveria, no entanto, para além de validar a sua dificuldade em encontrar um momento positivo para partilhar, ter também esclarecido a utente sobre a existência de aspetos positivos e negativos na história de vida de cada um, não sendo possível esquecer os maus momentos, nem mesmo evitando falar deles.

As restantes participantes conseguiram, integrar os aspetos mais positivos e negativos da sua vida, falaram de vida e de morte, do casamento e do divórcio, de expectativas concretizadas e frustradas. Todos os aspetos negativos subjacentes à narrativa verbal foram acolhidos como parte da história de cada uma, mas procurou-se sempre que as utentes identificassem aspetos positivos que reforçassem o reconhecimento do seu valor, das suas capacidades e das suas conquistas, promovendo uma autoestima positiva.

Por fim, importa também olhar para a intervenção no que respeita a mim própria no papel de implementadora da mesma. Se previamente à intervenção me sentia algo nervosa por não saber se teriam trazido as fotografias, se estariam dispostas a partilhar as suas memórias e se eu seria competente para gerir uma intervenção para mim totalmente nova, a verdade é que me senti envolvida na partilha e confortável na gestão da mesma. Este meu conforto quando intervenho no grupo da Psicogeriatria foi inclusivamente alvo da minha reflexão no Diário de Aprendizagem – semanas 5 e 6.

Apesar de se tratar de uma intervenção promotora de autoestima, não me limitei a reforçar apenas os aspetos positivos e senti-me igualmente disponível para reconhecer e aprofundar os aspetos mais negativos que foram surgindo na narrativa das utentes. Este

aspeto é o resultado do meu reconhecimento, do ponto de vista teórico e empírico, de que muitas das adversidades relatadas geraram a superação de desafios reais e o desenvolvimento de novas competências.

#### **4. CONCLUSÃO**

O planeamento, implementação e avaliação da intervenção descrita constituiu para mim uma experiência rica em várias aprendizagens. Permitiu-me desenvolver competências práticas, associadas a um trabalho teórico de revisão sistemática da literatura realizado numa fase mais precoce do meu percurso de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e, por isso, potenciou o desenvolvimento de competências instrumentais fundamentadas em evidência científica.

Numa análise retrospectiva, gostaria de ter podido desenvolver uma intervenção mais estruturada e longitudinal, constituída por várias sessões, ao longo do período de estágio. No entanto, reconheço que a estratégia de implementar uma intervenção de reminiscência simples foi provavelmente a mais adequada, tendo em conta o meu estadio de desenvolvimento e algumas condicionantes do contexto – durante grande parte do estágio o grupo de Psicogeriatría foi constituído por um número limitado de idosos, inferior ao recomendado para a implementação de intervenções de terapia da reminiscência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1(XXVI), pp. 101-110.
- Huang, H., Chen, Y., Chen, P., Hu, S., Liu, F., Kuo, Y., & Chiu, H. (2015). Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People With Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *JAMDA Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 16(12), pp. 1087-194.
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (Dezembro de 2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças.*, 15(3), pp. 597-611.
- Meléndez-Moral, J., Terrero, F., Galán, A., & Rodríguez, T. (2015). Effect of reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), pp. 240-247.
- Soniya, G. (Abril de 2015). Reminiscence Therapy to Reduce Depression Among Elderly. *International Journal of Nursing Education*, 7(2), pp. 160-164.
- Webster, J., Bohlmeijer, E., & Webster, E. (2010). Mapping the future of reminiscence: a conceptual guide for research and practice. *Research on Aging*, 32(4), pp. 527-564.
- Westerhof, G., Bohlmeijer, E., & Webster, J. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30, pp. 697-721.
- Wong, P., & Watt, L. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6, pp. 272-279.



# **APÊNDICE 11**

**APRESENTAÇÃO DA COMUNICAÇÃO LIVRE NO VIII CONGRESSO DA  
ASPESM**



## EXHIBIT 1

---



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

# Autoestima e Terapia da Reminiscência

Revisão Sistemática da Literatura

VIII Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Inês Robalo Nunes (Mestranda EESMP, UCP)

Paulo Seabra (PhD, Professor Auxiliar, UCP, Centro de  
Investigação Interdisciplinar em Saúde – CIIS)

Leiria, 26 e 27 de Outubro de 2017

---

## EXHIBIT 2

### Sumário

Contextualização Teórica

Autoestima e Terapia da Reminiscência

Revisão da Literatura

Metodologia

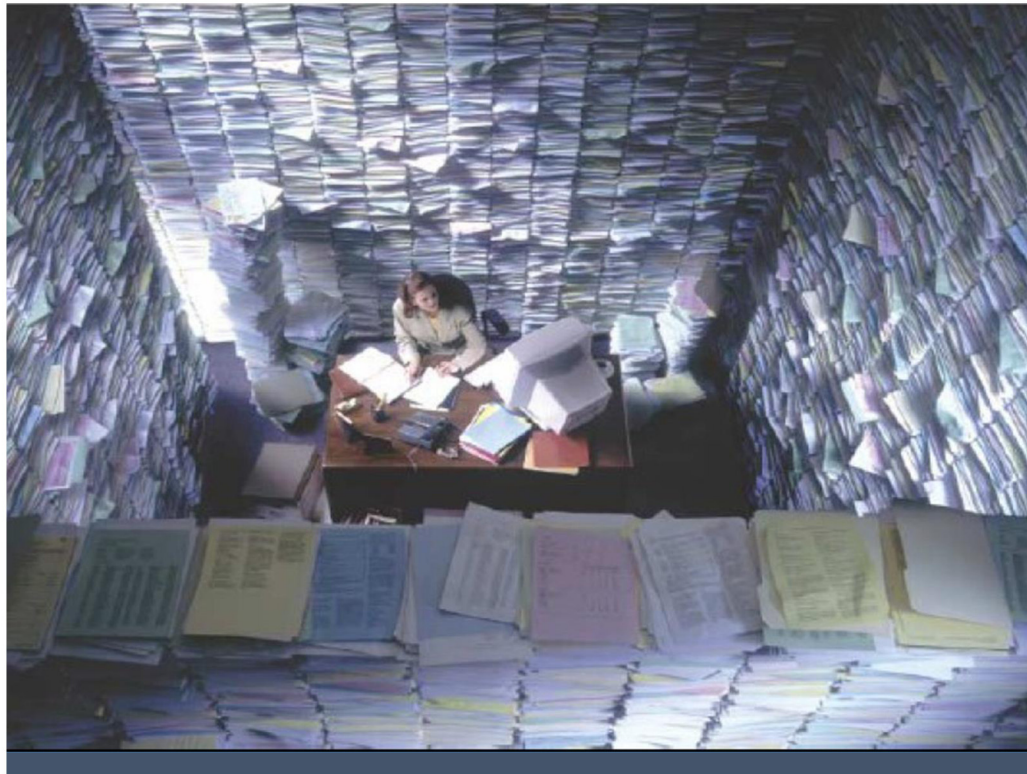
Resultados

Discussão

Conclusões

Referências Bibliográficas

## EXHIBIT 3



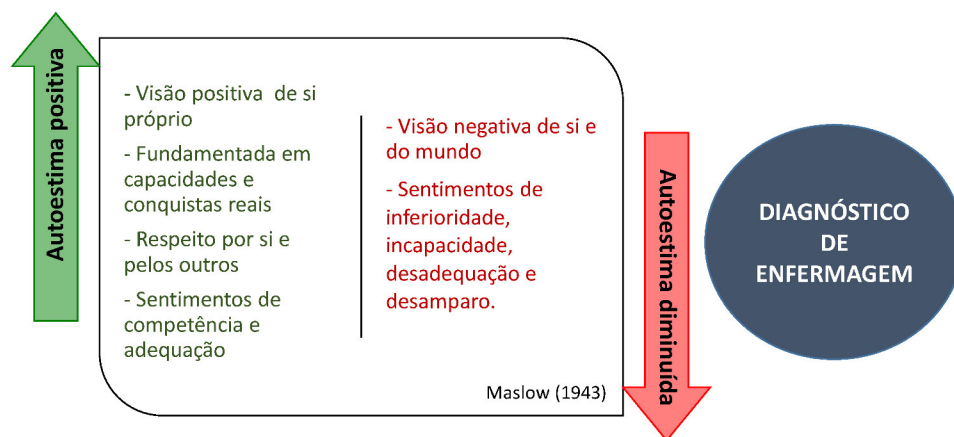
## EXHIBIT 4

### Autoestima

Julgamento que cada um faz de si mesmo - Valor que cada um atribui a si próprio

Rosenberg (1965)

Componente emocional do **AUTOCONCEITO**



## EXHIBIT 5

---



Fonte: <https://joyswordsofencouragement.files.wordpress.com/2012/07/low-self-esteem.gif>

A autoestima diminuída tem implicações reais nas capacidades de desempenho, nas relações interpessoais e na saúde física e mental.

Orth, Robins & Widaman (2012)

---

## EXHIBIT 6

---

### Terapia da Reminiscência



Fonte: <https://www.unforgettable.org/unforget-wp/wp-content/uploads/2015/06/What-is-reminiscence-therapy-1280x565.png>

## EXHIBIT 7

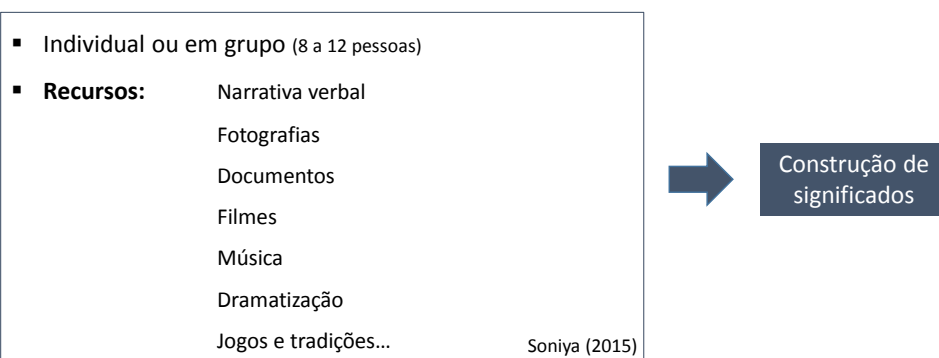
### Terapia da Reminiscência

Genericamente concebida como uma intervenção dirigida à **peessoa idosa**.

Webster, Bohlmeijer & Webster (2010)  
Westerhof, Bohlmeijer & Webster (2010)

Recuperação de **memórias e experiências do passado** com um fim terapêutico.

Lopes, Afonso e Ribeiro (2014)  
Bulechek, Butcher e Dochterman (2010)



## EXHIBIT 8

### Terapia da Reminiscência

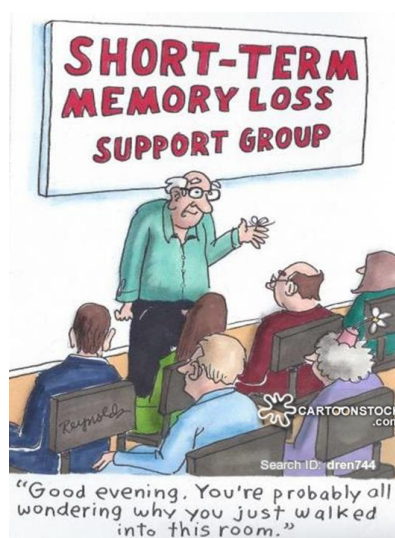
☑ Trata-se de uma das intervenções psicossociais mais reconhecidas no cuidado à **peessoa idosa com demência**.

Huang, et al. (2015)

#### Efeitos positivos

- ✓ Cognição
- ✓ Humor
- ✓ Sintomatologia depressiva
- ✓ Bem-estar
- ✓ Qualidade de vida
- ✓ Capacidade Funcional
- ✓ Comunicação

Woods, et al. (2005)  
Lopes, Afonso e Ribeiro (2014)



Fonte: [https://www.cartoonstock.com/directory/g/group\\_therapy.asp](https://www.cartoonstock.com/directory/g/group_therapy.asp)

## EXHIBIT 9

---

### Revisão da Literatura Metodologia

#### Questão de investigação

Qual a eficiência da terapia da reminiscência na promoção da autoestima da pessoa sem demência/outro compromisso da função cognitiva?



Fonte: <http://cdn2.business2community.com/wp-content/uploads/2012/08/questions-PixelsAway-canstockphoto7418437-1-600x485.jpg>

## EXHIBIT 10

---

### Revisão da Literatura Metodologia

#### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- ☒ Estudo primário com qualquer tipo de metodologia;
- ☒ Publicado entre 2007 e 2017;
- ☒ Texto completo disponível de forma gratuita;
- ☒ Português, inglês, espanhol ou francês;
- ☒ Informação disponível sobre os parâmetros PI(C)OS – Participantes, Intervenções, Resultados e Tipo de Estudo.

#### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- ☒ Artigo de revisão, tese, dissertação, editorial ou artigo de opinião;
- ☒ Não responder à questão de investigação.

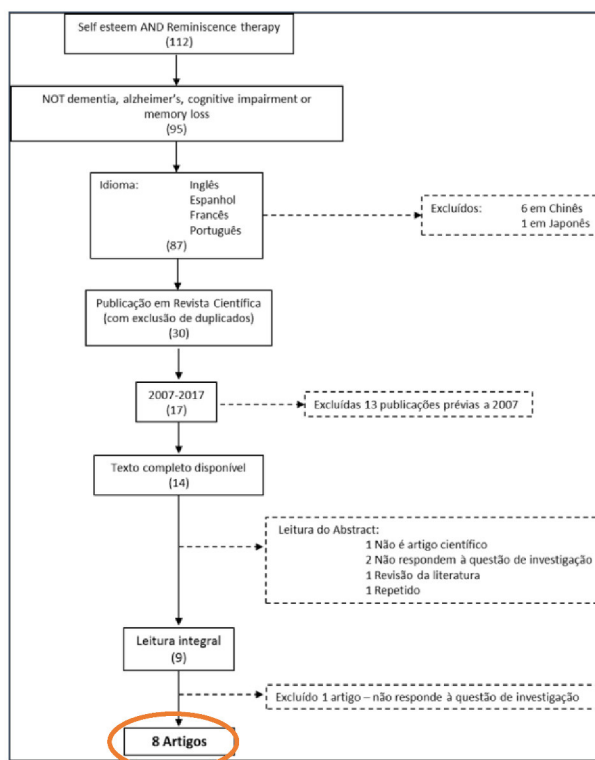
## EXHIBIT 11

### Revisão da Literatura Protocolo de Pesquisa

Motores de busca **EBSCO e B-ON**

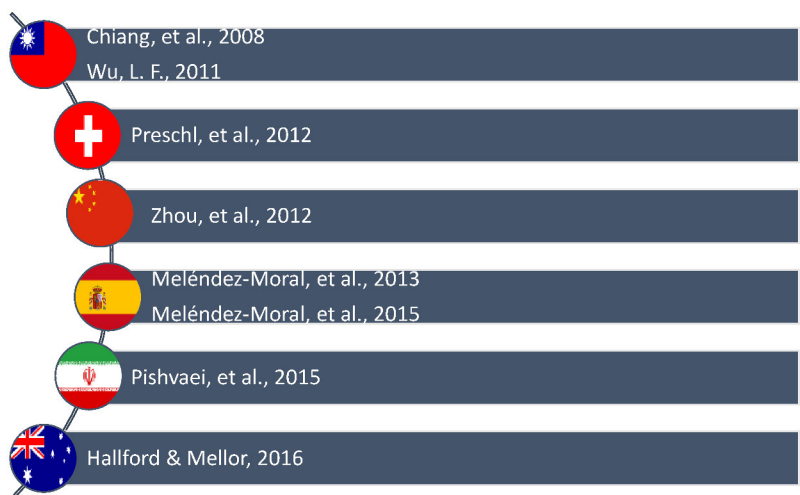
#### Bases de dados:

CINAHL  
Psychology and Behavioral Sciences Collection  
Education Source  
PsycARTICLES  
ScienceDirect  
SciELO  
Directory of Open Access Journals,  
Academic Search Complete,  
Medline,  
Social Sciences Citation Index,  
Complementary index,  
Academic OneFile  
Directory of Open Access Journals  
Supplemental Index  
SPORTDiscuss



## EXHIBIT 12

### Revisão da Literatura Resultados

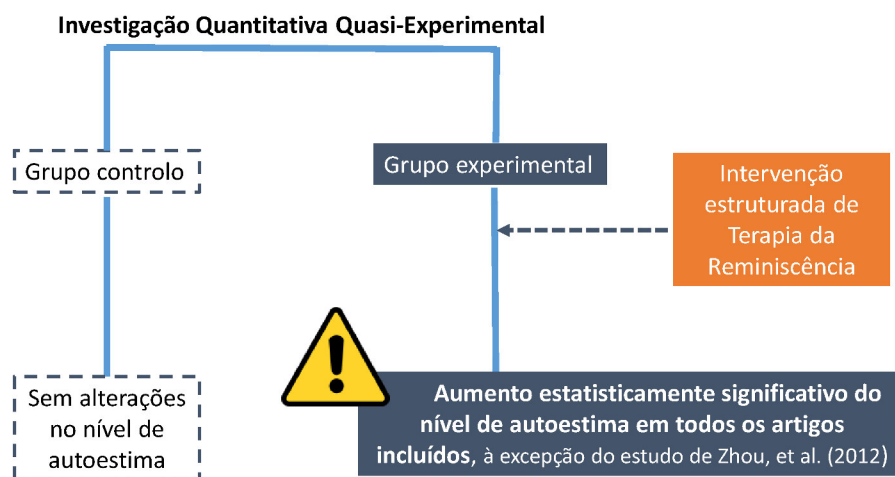


Investigação  
Quantitativa



## Revisão da Literatura

### Resultados



## Discussão

- **Não foi encontrada investigação qualitativa**, de acordo com os critérios definidos;
- Em todos os estudos foi utilizada a **Escala de Autoestima de Rosenberg** para avaliação do nível de autoestima;
- À exceção do estudo de Hallford e Mellor (2016), todos foram feitos com **amostras de dimensões reduzidas** e com **pessoas com idade superior a 60 anos**;
- Todas as intervenções foram realizadas em **grupo**, com um programa de intervenção estruturado:
  - 6 a 12 sessões;
  - Frequência semanal;
  - Temas sobreponíveis: memórias do crescimento, história familiar, vida laboral, conquistas pessoais e expectativas para o futuro.

## Discussão

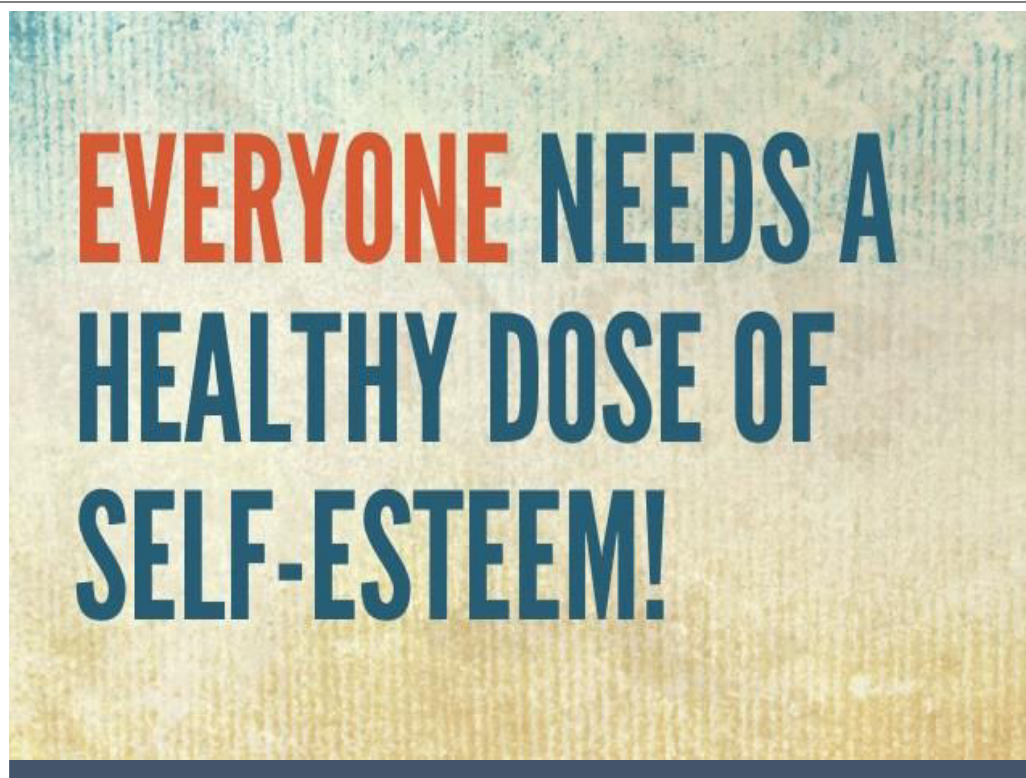
- Não foram avaliados os **efeitos a longo prazo** da intervenção, pelo que são necessários estudos longitudinais com maior distância temporal;
- O facto do estudo de Zhou et al. (2012) ter sido o único estudo – de acordo com os critérios da presente revisão da literatura – em que não se verificou uma melhoria da autoestima dos participantes pode ser explicado por:
  - Características da amostra
  - Método de implementação da intervenção – psicoeducação?

## Conclusão

Existe evidência que **a Terapia da Reminiscência constitui uma intervenção com efeitos positivos na autoestima** da pessoa sem demência/outro compromisso da função cognitiva.

No entanto, essa evidência é ainda limitada e quase exclusivamente decorrente de investigação quantitativa realizada com amostras de pessoas idosas.

Por este motivo, sugere-se que mais investigação seja desenvolvida neste domínio.



## Referências Bibliográficas

- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chiang, K.-J., Lu, R.-B., Chu, H., Chang, Y.-C., & Chou, K.-R. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, pp. 7-10.
- Halford, D., Mellor, D., & Cummins, R. (2013). Adaptive autobiographical memory in younger and older adults: the indirect association of integrative and instrumental reminiscence with depressive symptoms. *Memory*, 21(4), pp. 444-457.
- Huang, H., Chen, Y., Chen, P., Hu, S., Liu, F., Kuo, Y., & Chiu, H. (2015). Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People With Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *JAMDA Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 16(12), pp. 1087-194.
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (Dezembro de 2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), pp. 597-611.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), p. 370.
- Meléndez-Moral, J., Ruiz, L., Rodríguez, T., & Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25(3), pp. 319-323.
- Meléndez-Moral, J., Terrero, F., Galán, A., & Rodríguez, T. (2015). Effect of reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), pp. 240-247

## Referências Bibliográficas

- Pishvaei, M., Moghanloo, R., & Moghanloo, V. (2015). The efficacy of treatment reminders of life with emphasis on integrative reminiscence on self-esteem and anxiety in widowed old men. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(1), pp. 19-24.
- Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, R., Alcañiz, M., . . . Botella, C. (November de 2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 16(8), pp. 964-974.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Soniya, G. (Abril de 2015). Reminiscence Therapy to Reduce Depression Among Elderly. *International Journal of Nursing Education*, 7(2), pp. 160-164.
- Wu, L.-F. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalized older veterans. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 2195-2203.
- Zhou, W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, H., & Zhang, C. (2012). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, pp. 440-447.

# **APÊNDICE 12**

**MÓDULO 3 – EXCERTOS DOS DIÁRIOS DE ESTÁGIO**



## **De volta ao meu ponto de partida**

(...)

Para minha grande surpresa, este módulo do estágio, que antevi com tanto receio e ansiedade - apesar de me ter proposto voluntariamente a fazê-lo - está a ser para mim mais ansiolítico do que ansiogénico. Reconheço que a ansiedade inicial que senti face à expectativa de cuidar de pessoas gravemente doentes e, algumas, em fim de vida, decorria das minhas próprias experiências, pessoais e profissionais. Reconheço ainda, em particular, a influência de um luto recente que vivi de forma dolorosa, que me forçou a refletir sobre a minha própria vida, sobre a doença e o que ela pode roubar, sobre a (in)dignidade humana e, o mais doloroso de tudo, sobre a minha própria mortalidade. Tive medo de reviver tudo isto ao cuidar destas pessoas e, apesar de não estar felizmente imune ao seu sofrimento, sinto-me fortalecida cada vez que acompanho esta equipa de profissionais que se desdobram em esforços, entre escadas íngremes, casas escuras e frias, cheiros fortes, membros inertes e corpos debilitados, para cuidar das pessoas na humanidade que não lhes pode ser retirada só porque estão doentes. Aqui os esforços não se centram em prolongar o que não precisa de ser prolongado, mas em aliviar todo o incómodo passível de ser aliviado para que se preserve a qualidade da vida que resta. Tudo isto é muito diferente do que vivo diariamente na unidade de cuidados intensivos, onde a intencionalidade de curar se sobrepõe à agressividade dos meios, onde a valorização do tempo quantitativo prevalece sobre a qualidade do mesmo, onde a família é entendida como três visitas com o direito de permanecer dez minutos junto à pessoa doente e onde a morte é geralmente vivida de forma marginal por simbolizar a derrota da ciência, dos profissionais e dos seus meios. Por oposição, descubro agora na filosofia dos cuidados paliativos aquilo que idealizei durante estes anos como enfermeira e questiono-me se não é deles que me devo aproximar.

Ao longo deste percurso de especialização tive a oportunidade de passar pela experiência de cuidar de pessoas com doença mental, em contextos específicos de intervenção neste domínio, nomeadamente num hospital de dia de Psiquiatria (módulo 1) e num serviço de internamento de Psiquiatria (módulo 2). Entusiasmei-me por sentir que os meus interesses eram partilhados pelos profissionais desses contextos, por poder cuidar centrando-me nas vivências e na história de vida das pessoas e apercebi-me que talvez houvesse um lugar

para mim nesta área. Reconheço hoje que a mudança para qualquer um destes contextos seria um passo em direção a uma forma de ser enfermeira que imagino que me faria sentir mais realizada no meu futuro profissional. No entanto, vejo-me agora num contexto de intervenção em cuidados paliativos, onde enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica mobilizam as suas competências para cuidar do outro, e sinto que talvez esta realidade se aproxime ainda mais do que desejo poder fazer enquanto enfermeira especialista. Nela sinto-me mais confortável, sem deixar de me questionar ou de ser desafiada, sinto-me mais espontânea, sem prejuízo da intencionalidade terapêutica da minha ação e sinto-me mais próxima da intenção inicial que me conduziu a este percurso – cuidar da saúde mental daqueles que vivem com o sofrimento da doença física.

### **O que acontece em mim quando cuido no espaço do outro**

Cuidar de pessoas doentes nas suas próprias casas tem despertado em mim um leque de sentimentos tão amplo quantas as diferenças que observo em cada domicílio onde entro. Aqui são várias as variáveis em interação: as pessoas não são naturalmente iguais, têm idades que se distribuem num espetro alargado, têm doenças oncológicas diferentes e outras comorbilidades em conjugações múltiplas, têm histórias de vida únicas, e apoios formais e informais muito distintos. Entrar em casa do outro é entrar num espaço que é seu e que lhe pertence, por oposição ao cuidado no hospital, onde o domínio sobre o espaço, os horários, as normas, a tecnologia, a cama e a própria roupa é dos profissionais, porque são eles que ali se movem diariamente com a autoridade de quem conhece o que os rodeia. Ao entrar em casa de alguém para cuidar sinto-mo num movimento de invasão consentida, porque este é de facto um espaço onde não pertenço, que é do outro e que representa uma parte da sua vida mais íntima.

Apesar de sentir a entrada na casa do outro como uma invasão respeitosa do espaço mais privado de cada um, as pessoas doentes e familiares acolhem-nos quase sempre com sorrisos e palavras de gratidão. Intuo que se sentem-se seguras pelo apoio que lhes é dado, por vezes até expectantes, e acolhem-me a mim sem desconfiança (algo com que convivi diariamente nos anteriores módulos do estágio), como uma extensão natural da equipa, apesar da minha farda ser diferente e de eu própria me sentir diferente. Tenho uma bata branca que me distingue dos demais, fardados de pólo branco e calças azuis escuras, não domino as rotinas (e tenho dificuldade pelo facto de elas quase não existirem) e não tenho



o conhecimento que os profissionais foram construindo ao longo do tempo sobre aquilo que caracteriza cada uma das pessoas e das famílias de quem vamos cuidar. Procuro informar-me previamente sobre a condição clínica, sobre a história de vida, sobre os sintomas que mais interferem na qualidade de vida e os apoios disponíveis, mas apesar deste esforço, reconheço que as relações precisam de tempo para nascerem e consolidarem as suas raízes. Entusiasma-me a ideia de ter as próximas semanas pela frente para o fazer com algumas destas pessoas.

Os primeiros turnos na unidade de assistência domiciliária fizeram-me sentir que sou uma privilegiada. Tenho a sorte de viver uma vida na qual não sou dependente, não tenho uma doença incurável e progressiva, o meu marido não tem que me mudar uma fralda cheia de urina pela manhã, posso falar e expressar-me sem dificuldade e não tenho feridas por cicatrizar. Posso ter a expectativa de que tenho tempo à minha frente para viver de acordo com as minhas escolhas, com energia e sem sintomas debilitantes que me condicionem. A minha casa não cheira mal, é arejada e recebe luz ao fim da tarde e não preciso de ajuda financeira da segurança social ou de qualquer outra instituição de solidariedade social. Sinto-me feliz por ter direito a esta vida a que os outros de quem cuido não têm, mas sinto também algum desconforto nesta diferença que não sei justificar, porque não me é possível conhecer o critério que fundamenta esta distinção entre ser afortunado e desafortunado no que respeita à saúde e à doença. Da mesma forma que a pergunta “Mas porquê a mim?” surge na etapa da raiva do processo de luto, de acordo com o modelo de Kubler-Ross, também eu me pergunto “Porquê àquela pessoa?” e, em consequência, sou obrigada a reconhecer que se aconteceu ao outro, também um dia eu posso ver a minha sorte transformada sem aviso. Reconhecer a universalidade da experiência faz-me sentir disponível para procurar estar atenta à sua individualidade. Imaginar-me na situação destas pessoas faz-me pensar em como eu própria gostaria de ser cuidada, e sei que os desejos de cada um são naturalmente diferentes. Diferentes entre si e diferentes dos meus. Mas sobre esta questão em particular, acredito que terei várias oportunidades para refletir de forma mais aprofundada ao longo das próximas semanas.

(...)

### **A minha vontade e a vontade do outro**

A quinta semana do estágio começou com a expectativa de poder implementar o projeto que havia delineado para este módulo opcional do Estágio. Até então, a pessoa que havia escolhido acompanhar individualmente - pelo facto de se enquadrar no critério estabelecido de responder ao diagnóstico de enfermagem de baixa autoestima - parecia, ainda que de forma aparentemente não intencional, escapar-se de mim. Os dias em que estava em estágio coincidiam frequentemente com um telefonema de última hora a informar que se tinha ausentado para acompanhar o marido no seu trabalho como vendedor, uma ausência de casa sem aviso prévio ou uma ida à urgência por uma crise súbita, reflexo de um agravamento que já se vai delineando em direção ao fim. Todos estes eventos confrontam-me diariamente com a imprevisibilidade que é cuidar do outro quando ele está no seu espaço. Não posso contar com a sua presença ou disponibilidade aparentemente tão certas quando cuido no hospital, nem tão pouco invadir o seu espaço sem a sua permissão, como quando me é dito *“hoje não venham, estou muito cansada e preciso de descansar”*. A esta imprevisibilidade acresce ainda a que decorre do facto de estas pessoas estarem a viver doenças graves, com um curso mais ou menos expectável de agravamento, que inevitavelmente conduzirá à própria morte mas que, até lá, vai moldando diariamente os sintomas debilitantes e a capacidade física e mental de estar disponível para a vida e para a relação com os outros. A instabilidade é por vezes tão grande que nunca sei como é que vou encontrar as pessoas de quem cuido na visita seguinte e por isso levo em mim a consciência de Hennezel que *“(...) encontrar um ser humano que se prepara para morrer exige uma atenção e um respeito especiais. Não temos nunca a certeza de voltar a ver a pessoa”*.

Lidar com a imprevisibilidade nem sempre é fácil para mim. Ter controlo sobre aquilo que me rodeia permite-me sentir segura mas, na vida e na morte, a imprevisibilidade é algo de inevitável. Descubro na minha experiência profissional - e reforço-a com a experiência deste estágio em contexto de cuidados paliativos - que a morte parece ter, afinal, muito pouco de científico. É certo que as células morrem, perdem as suas funções e inibem a capacidade total do organismo funcionar, mas porque é que o Sr. P., que visitamos deitado na sua cama, de olhos fechados e sem reação a qualquer estímulo, aparentemente já tão distante desta realidade, recuperou no dia seguinte, quando a morte parecia já tão

próxima? O que é que se move nas pessoas doentes que se aproximam do fim da vida que faz com que o seu percurso seja tão mais curvo e oscilante do que uma linha perfeita descendente? Não sei se haverá ciência que possa explicar a individualidade que cada um de nós detém até na forma como se deixa morrer, mas não tenho dúvida de que a esperança de concretizar objetivos (por mais simples que eles sejam) ou de encerrar assuntos pendentes moldam indubitavelmente a experiência de cada um, o ritmo com que o fazem e o maior ou menor sofrimento com que vivem esta fase final da vida. Existe evidência de que esta esperança é real, mas foca-se em aspetos como o de viver um dia de cada vez, a ausência de dor, a concretização de objetivos específicos e a esperança para os familiares e pessoas significativas que continuarão vivas. Um dia também eu terei que morrer e questiono-me sobre o que penderá a minha esperança, o que me prenderá à vida e o que me deixará ir tranquila.

Recordo as primeiras impressões que tive deste contexto de cuidados paliativos e de me impressionar com o fator tempo. À semelhança do que acontece na unidade de cuidados intensivos onde trabalho, o tempo é muitas vezes um bem escasso para aqueles de quem cuido. No entanto, apesar de estes dois contextos partilharem este aspeto, concluo que são na realidade tempos muito diferentes. O tempo da maioria das pessoas em situação crítica é um tempo agudo, imprevisível - muitas vezes é o tempo de quem saiu de casa bem e se vê, sem aviso prévio, numa situação de vida limite, rodeado de tubos ameaçadores e máquinas que insinuam o risco em que se está. É um tempo que não dá tempo para pensar, não permite elaborar sobre a história que se construiu, não permite muitas vezes despedidas ou encerrar assuntos pendentes. Assusta-me a fragilidade da vida e pensar que a minha morte pode ser assim, sem eu ter tempo de a negar, negociar, chorar e aceitar. Nos cuidados paliativos o tempo é igualmente pouco mas, apesar do sofrimento estar também presente, ele é o tempo que eu gostaria de ter, porque a ideia de morrer sem este tempo significa para mim um descontrolo maior e mais avassalador, como se me retirassem até o direito de dizer adeus. Num momento de partilha com a enfermeira que me tem orientado ao longo deste estágio apercebi-me que, curiosamente, esta perspetiva - que é para mim tão natural - não é necessariamente partilhada por ela nem, imagino eu, pelos profissionais deste contexto. Quando partilhei esta minha reflexão sobre o que seria para mim, de forma genérica, uma boa morte, pareceu-me hesitante e respondeu *“Às vezes não*

*sei se não é melhor ser de repente*". Creio que se referia ao sofrimento físico e mental que muitas vezes está presente no processo de morrer mas surpreendeu-me que alguém que trabalha neste contexto quisesse justamente aquilo que eu encontro de forma insatisfatória no meu. Afinal, talvez a dificuldade do Homem (e minha) em aceitar a morte seja tão grande, que queremos (quero) sempre a opção que não nos (me) está acessível, na esperança de que a alternativa seja menos dolorosa.

Voltando à disponibilidade que nem sempre encontro naqueles de quem cuido neste contexto de estágio, é para mim importante nesta fase do meu percurso refletir sobre o respeito que lhes devo: o respeito pela sua vontade de quererem uma parte mas não quererem o todo. Nos vários contactos que vou tendo com as pessoas doentes e as suas famílias sinto muitas vezes que o apoio mais prático e logístico é definitivamente mais do que bem-vindo. Aceitam com agrado que se façam os pensos das feridas, que se leve a medicação e se prepare a caixa da terapêutica semanal, que se disponibilizem suplementos alimentares e que se façam colheitas de sangue para análise, mas nem todos aceitam outro tipo de cuidado, porventura mais invasivo do aquele que se presta a um corpo adulto despido e de fralda, que é aquele que depende da abertura para elaborar e falar sobre o que se está a viver. Apercebo-me que muitas destas pessoas vivem esta fase final da sua vida com ansiedade ou tristeza, medo da morte ou dificuldade em falar com a família sobre o que se passa, mas observo que nem todos acolhem com tanta abertura um cuidado mais centrado nestes problemas. É por isso que quando pergunto ao Sr. C. *"Como é que se tem sentido?"*, ele responde invariavelmente com os seus sintomas físicos - *"tenho tido mais falta de ar"*, *"ando preso dos intestinos"* - evitando verbalizar pensamentos ou sentimentos associados a esta experiência. Se tento abordá-los e se apercebe fica - curiosamente e de forma súbita - mais surdo e diz-me adeus com a mão despedindo-se, como quem rejeita esta parte do meu cuidado que implica uma exposição da sua parte mais íntima, que prefere manter resguardada dos meus (e talvez dos seus) olhos.

Também quando entro em casa da D<sup>a</sup> M., apercebo-me que estas barreiras não são construídas exclusivamente para os profissionais, existindo de igual forma no sistema familiar mais íntimo de cada um. A D<sup>a</sup> M., de 66 anos de idade, é cuidada pelo seu marido, o Sr. P., homem de postura atenta, carinhoso de uma forma discreta e de um cuidado extremo. Sempre que os visitamos entrega-nos um papel onde regista com uma caligrafia

perfeita as administrações de morfina em SOS, com a hora e a dose certa. A D<sup>a</sup> M. é a única das pessoas que acompanhamos que tem como cuidador um homem e, talvez por esta particularidade, reconheço que lhe presto uma especial atenção e admiro a sua postura, os gestos, as palavras e sua capacidade de cuidar desta forma da sua companheira de décadas. Entro na sala da sua vivenda ampla, limpa e de aspeto cuidado, onde instalaram a cama onde a D<sup>a</sup> M. permanece agora a maior parte do tempo, e sinto a tranquilidade daquele ambiente. Há uma porta de vidro por onde, na maioria dos dias, entra a luz do sol e todo aquele cenário, visto de fora, parece-me a mim confortável e convidativo para conversar. No entanto, questiono-me várias vezes se a D<sup>a</sup> M. e o Sr. P. o conseguem ou querem fazer. Numa das visitas aproveitei um momento a sós com a D<sup>a</sup> M. para explorar como se sentia pelo facto de estar dependente do seu marido. Respondeu-me com um sorriso triste *“Sempre pensei que era eu que ia cuidar dele um dia. É um bom homem. Não sei se o digo tantas vezes como devia...há dias que custa muito”*. De facto, falar da morte e da doença é algo que pode ser muito doloroso, até com aqueles que nos são mais próximos e de quem dependemos, onde se incluem os familiares cuidadores, mas também os profissionais de saúde, incluindo aqueles que criam relações securizantes e de proximidade. Quis responder-lhe, com alguma urgência, *“Diga-lhe isso tudo enquanto pode!”* mas compreendi que se não o fazia era porque, de facto, não conseguia e, por isso, de nada serviria sugerir-lho como se de algo fácil se tratasse.

As pessoas que acompanho neste contexto do estágio não podem escolher viver sem a sua doença, porque ela não se cura, não melhora e estará sempre presente até ao fim das suas vidas, mas decidem - ou querem decidir (mais ou menos) dentro dos limites que a doença lhes impõe - sobre muitos aspetos da sua vida. Sobre estas escolhas, apercebo-me que a maioria receia as idas ao hospital (*“mas não vou ficar internada pois não? eu vou mas não quero ficar...”*), preferindo, tal como sugerem os dados disponíveis para a população portuguesa, permanecer na sua própria casa. Por vezes não tenho a certeza que esta escolha de viver em casa signifique o mesmo que escolher morrer nela, porque a ideia de morte nem sempre é claramente assumida ou aceite por aqueles de quem cuido. Para além destas escolhas relacionadas com o local onde se prefere ser cuidado, emergem igualmente decisões relacionadas com a realização de tratamentos - em particular, de quimioterapia e radioterapia - mesmo quando são feitos com uma intenção paliativa:

*“Estou nervoso...não sei o que hei-de fazer. Até perguntei à minha mulher o que é que ela fazia se fosse eu. Quando for à consulta tenho que perguntar à doutora o que é que me vai acontecer. Se eu fizer este tratamento [quimioterapia] vivo mais tempo? Mas quanto tempo? E vou viver melhor, igual ou pior? “.* Recordo o dia em que ouvi o Sr. C. partilhar estas questões com a equipa e, apesar de assistir em silêncio, dei por mim a pensar no que eu própria faria no seu lugar. Tenho para mim a convicção (que só é possível em quem não está, de facto, a viver a situação) de que teria recusado submeter-me a sessões de quimioterapia com o propósito de controlar sintomas que não estavam ainda tão descontrolados, mas sei que a minha escolha não tem lugar quando cuido do outro e por isso, apesar de tomar consciência dela, remeto-a para dentro de mim e procuro guardá-la. Uns dias depois soube que o Sr. C. havia tomado a decisão contrária àquela que eu pensei que tomaria no seu lugar. Confesso que senti a desilusão de antever mais sofrimento do que conforto para aquele homem, como se no meu íntimo soubesse que tinha escolhido a alínea errada da questão, mesmo sabendo que não podem existir para mim certos ou errados nas decisões que os outros tomam sobre si próprios. E o que é que sinto quando as pessoas escolhem o que eu não escolheria? O que é que acontece em mim quando tenho de cuidar de alguém que tem uma vontade diferente da minha? E o que faço quando sinto que essas escolhas põem em causa a segurança do próprio e dos que o rodeiam?

A D<sup>a</sup> A. é uma mulher de 40 anos de idade, emigrada do Peru, onde vivem os seus pais e irmãos. O cuidado a esta mulher jovem, tem despertado em mim um conjunto de sentimentos que vivo em conflito e com uma preocupação que reflete estas questões. Chegada à fase final da sua vida, a D<sup>a</sup> A. começou a verbalizar frequentemente o desejo de visitar a sua família e de passar o Natal junto deles. Não verbaliza que o quer fazer por ter consciência da proximidade da sua morte, mas no seu discurso identifico momentos em que o faz, mesmo sem querer - *“porque já não estou com eles no Natal há 10 anos...é muito tempo e posso não passar mais nenhum”, “o meu pai diz ‘Vem para o pé de nós, filhinha, que se calhar nunca mais te vemos’, e eu fico triste porque não quero pensar que vai ser assim”*. A par do desejo de concretizar esta viagem, a D<sup>a</sup> A. expressa ainda a sua vontade de não ser internada, de que o marido não deixe de trabalhar para a ajudar - permanecendo por esse motivo várias horas do dia sozinha sem qualquer tipo de apoio e, em alguns momentos, inclusivamente a cuidar da filha de 8 anos de idade. Trata-se de uma mulher

com uma dispneia acentuada, com dor, déficit na marcha por um sarcoma da perna de grandes dimensões e com limitações importantes na realização das atividades de autocuidado mais básicas, tais como a realização da higiene. Observo as questões que nos coloca e sinto uma dificuldade importante em assumir verdadeiramente a postura de abertura e respeito que reconheço como essencial para que a confiança e segurança na relação surjam e se consolidem. Tendo a rejeitar os seus desejos porque eles não me parecem viáveis, mas sinto um incómodo difícil de nomear por pensar que estes lhe podem ser negados no final da sua vida. Como é que posso dizer a alguém adulto que não pode estar sozinho em casa, quando o risco envolvido não é reconhecido pelo outro? Como é que digo a alguém que, de facto, está a morrer que não pode ir ao seu país de origem despedir-se da família porque não considero que tenha as condições de saúde necessárias para uma viagem tão longa? Como é que nego a uma mãe a possibilidade de passar tempo sozinha com a filha de quem terá que se despedir, mesmo receando pela segurança desta criança? A resposta talvez seja, simplesmente, “não digo”, sendo necessário, no entanto, que ajude o outro a identificar o que eu já identifiquei e a gerar novas alternativas para o seu problema. Mas em que lugar fica a autenticidade, tão importante na relação terapêutica, se não estiver, no meu interior, verdadeiramente aberta a estas opções do outro? Desde o início deste percurso que procurei criar e consolidar uma perspetiva de flexibilidade e respeito pelo que o outro partilha comigo. Neste contexto de estágio tenho aprendido o quão difícil isso pode ser para mim e é por isso que este exercício de cuidar do outro, respeitando o que ele quer ser e fazer no fim da sua própria vida, é algo que levo comigo como uma das grandes aprendizagens deste estágio.





# **APÊNDICE 13**

## **REFLEXÃO SOBRE A EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS**



(...)

Para esta reflexão, escolhi uma situação particular que me fez refletir na forma como eu própria vejo a morte, em como essa perspetiva pessoal influencia a forma como cuido do outro em fim de vida e sobre o luto – o meu e o do outro. Na terceira semana deste módulo do estágio tive a oportunidade de acompanhar duas enfermeiras – ambas especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica – na referenciação de uma pessoa, internada por doença oncológica, para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. À medida que vou passando por mais experiências fora da unidade de cuidados intensivos - onde a problemática da alta é praticamente inexistente, ou limitada à transferência para outros serviços hospitalares que assumem a responsabilidade pelas intervenções de ensino e de articulação com a comunidade - apercebo-me que existem muitas estruturas que desconhecia até hoje, conheço novos recursos e procedimentos e apercebo-me das suas potencialidades e limitações. A referenciação para a rede nacional de cuidados continuados integrados é um processo que se pretende o mais transparente possível e equalizador das oportunidades de acesso aos recursos de saúde e comunitários, de acordo com critérios de prioridade e de identificação de necessidades. Depende da sinalização inicial da pessoa doente - com o seu consentimento ou do seu representante legal - por parte do serviço que o acompanha, e da posterior aplicação de um instrumento de avaliação, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, por parte de uma Equipa de Gestão de Altas, constituída por profissionais da área da saúde e social.

Acompanhada por estas duas enfermeiras especialistas entrei pela primeira vez nas instalações específicas de internamento do hospital onde me encontro a realizar o estágio. Sei que ali dentro, em todos aqueles quartos, espalhados por um longo corredor, estão internadas muitas pessoas com doenças oncológicas. Apercebo-me ao entrar neste contexto que também eu, apesar de ser uma profissional de saúde, estremeço ao pensar de forma genérica no cancro, porque reconheço que o associa quase imediatamente a muito sofrimento e também à morte. Sei, naturalmente, pela minha formação, que cancro e morte estão longe de constituírem sinónimos, sei também que a evolução tecnológica e científica tendo vindo a permitir uma redução da mortalidade associada ao cancro e um aumento dos anos de sobrevida, sei ainda que essa relação é mais ou menos verdadeira de acordo com a localização e tipologia do cancro, mas sei também que nem por isso deixo de

ter medo desta doença. Apesar do entusiasmo por conhecer esta nova realidade, entrei na unidade de internamento com o meu preconceito sobre o cancro, revestida deste medo imensurável e convencida de que iríamos encontrar alguém num sofrimento tão grande como aquele em que imaginei que eu própria estaria caso me encontrasse naquela situação. Reconheço que, no meu imaginário, a imagem antecipatória que formei foi a de mim própria, e esta minha apropriação da experiência não me permitiu sequer ponderar a hipótese de que poderia encontrar alguém a viver a doença de forma completamente diferente.

Fui surpreendida ao encontrar um homem com cerca de 50 anos de idade - ainda que com uma idade aparente superior à real pela sua barba espessa e totalmente branca - sentado num cadeirão, junto a uma janela por onde entrava uma luz que me pareceu confortável, numa enfermaria partilhada com outras três pessoas. Estava penteado, com a barba comprida mas aparada, esboçou um sorriso discreto quando nos viu e pareceu recetivo à nossa presença. Foi difícil sentarmo-nos as três junto a ele num espaço ainda assim pequeno, e fiquei um pouco mais atrás das duas enfermeiras, apesar de me ter mantido no seu campo visual e à altura dos seus olhos. A entrevista para a referenciação começou com a apresentação de cada uma de nós, com um aperto de mão e a identificação do nosso nome e profissão. Sentámo-nos, e a enfermeira R., após informar o Sr. A. o objetivo da nossa presença, começou a entrevista.

Apesar considerar que qualquer enfermeiro sem formação em enfermagem especializada em saúde mental poderia ter aplicado o conjunto de questionários e instrumentos necessários para a referenciação, senti com agrado que esta formação e as competências que dela advêm se tornavam evidentes na forma como a enfermeira se posicionou e utilizou o seu corpo, como colocou as perguntas e lidou com as respostas, como estabeleceu uma relação centrada na experiência do outro, com uma empatia que parecia quase fácil vista de fora (e que, a mim, por vezes ainda me parece tão difícil de alcançar com quem acabo de conhecer no contexto profissional). Observar a forma como esta enfermeira estabeleceu uma relação breve, autêntica, de confiança e empatia com o outro foi para mim um momento de aprendizagem significativo. Ter modelos profissionais na área em que escolhi especializar-me continua a ser para mim uma necessidade fulcral, não porque sinto necessidade de mimetizar o que os outros fazem, mas porque sinto que me

permitem ir seleccionando e absorvendo o que cada um tem de melhor para, também eu, ir construindo e aprofundando a minha própria identidade profissional.

Entre esta enfermeira e o Sr. A. falou-se da doença oncológica e do seu percurso com uma tranquilidade que me surpreendeu. Não havia por parte desta pessoa embotamento, depressão ou ansiedade. Apenas a calma de quem conseguiu aceitar para si próprio o facto de se estar doente e as implicações de viver com uma doença, por enquanto sintomaticamente controlada, mas sem possibilidade de cura. Enquanto o observava senti admiração por esta capacidade que desconfio que não teria. É para mim difícil aceitar que não tenho o controlo sobre o que me rodeia, sobre o meu corpo, a minha saúde, a minha autonomia ou a minha liberdade para imaginar um futuro sem lhe conhecer os limites. Imagino que, para mim, viver com uma doença oncológica seria como viver sabendo contrariada um prazo de validade aproximado que preferiria não saber. Imagino-me triste e zangada (para além do que seria expectável de acordo com as fases do luto) e, por isso, cuidar de quem não se sente assim colide com as minhas experiências internas mais íntimas. Como é que é possível aceitar que a minha independência se transforme em dependência? Como é possível aceitar que o meu corpo saudável se torne doente? Como é possível viver cada dia sob a sombra da morte?

(...)

Como é que posso aceitar que um dia também eu estarei assim? Sinto muitas vezes que gostaria de conseguir pensar na morte de outra forma, mas desde então que esta continua a ser para mim uma experiência muito corpórea e essencialmente dolorosa. A verdade é que consigo conceber a morte dos outros como uma experiência menos corporal, menos gráfica e mais simbólica, passível de ser aprofundada e preparada com o outro utilizando as memórias da sua história de vida única para a construção de um sentido mas, infelizmente, (ainda) não o consigo fazer para mim própria e isso faz-me pensar com tristeza que não poderei cuidar verdadeiramente do outro – sem me descuidar de mim – se não aprender a fazê-lo.

Face a esta minha grande dificuldade em lidar com a morte, em particular quando a penso para mim ou para aqueles que me são significativos, considero que o facto de me ter proposto a realizar este módulo do estágio num contexto de cuidados paliativos foi, ainda que na altura de uma forma pouco consciente, o reconhecimento de que preciso de

desenvolver este aspeto da minha estrutura. Esta tem sido, de facto, para mim uma experiência muito desafiante. O conforto inicial, que inclusivamente senti com uma estranha leveza, tem vindo a esbater-se, provocando-me um desconforto que me inquieta e que me faz questionar(-me). Não sei se algum dia conseguirei fazer o luto de mim própria, e invejo aqueles de quem cuido que parecem consegui-lo, mas sinto também que expor-me à experiência de cuidar destas pessoas ajuda-me em cada dia a reconhecer-me e a desenvolver-me em áreas que me são muito difíceis mas essenciais para que possa cuidar do outro sem me destruir.

# **APÊNDICE 14**

**MÓDULO 3 – ESTUDO DE CASO**





Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde

# Estudo de Caso

Módulo 3 - Opcional

Inês Robalo Nunes  
192016022

Orientação:  
Professor Doutor Paulo Seabra  
Sra. Enfermeira [REDACTED]

Lisboa, Janeiro de 2018

## ÍNDICE

Introdução .....	293
1. Histórico da cliente.....	294
1.1. História de vida e de saúde .....	294
1.2. Genograma.....	295
1.3. Exame do estado mental.....	297
1.4. Terapêutica farmacológica.....	298
2. Apreciação de acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman .....	300
2.1. Stressors e fatores de reconstituição.....	300
2.2. Questões centrais no modelo de sistemas de Betty Neuman .....	302
3. Plano de cuidados .....	305
3.1. O diagnóstico de autoestima diminuída .....	305
3.1.1. A terapia da reminiscência em cuidados paliativos .....	306
3.1.2. Análise crítica da implementação da terapia da reminiscência.....	308
4. Registos de interação .....	310
4.1. Registo de interação 1 - 25 de novembro de 2017 .....	310
4.2. Registo de interação 2 – 28 de novembro de 2017 .....	313
5. Conclusão .....	317
Referências Bibliográficas .....	318

## INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o resultado do acompanhamento individual de uma pessoa com doença oncológica grave, incurável e progressiva, com apoio de uma equipa de apoio domiciliário multidisciplinar de Cuidados Paliativos.

Com a elaboração deste Estudo de Caso, pretendo demonstrar o caminho percorrido, desde o contacto inicial com a cliente em questão, à identificação de diagnósticos e ao planeamento e implementação de intervenções. A sua realização concorre para a concretização dos objetivos por mim delineados no Projeto de Estágio, apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

No respeito à estrutura do documento, apresentam-se em primeiro lugar os dados relativos à história de vida da cliente, incluindo o genograma, aspetos da sua história de saúde, o exame do estado mental e a terapêutica farmacológica. Com base no Modelo de Sistemas de Betty Neuman são identificados os *stressors* e fatores de reconstituição da cliente, essenciais à determinação de um plano de cuidados adequado aos seus problemas e recursos. Em seguida, apesar da intervenção de enfermagem ter por base um plano de cuidados mais abrangente – com vários focos de atenção e os respetivos diagnósticos – optou-se por apresentar um enfoque particular no diagnóstico de Autoestima diminuída, pela sua centralidade no meu Projeto de Estágio. Apresenta-se uma fundamentação da intervenção selecionada – a terapia da reminiscência - bem como uma análise das circunstâncias que limitaram a sua implementação. Apesar das mesmas, reconhece-se que foi possível intervir, ainda que de forma breve, junto da cliente em questão, razão pela qual se apresentam dois registos de interação relativos a esses momentos. Por fim, apresentam-se as conclusões e as referências bibliográficas.

## 1. HISTÓRICO DA CLIENTE

Neste primeiro capítulo apresenta-se uma síntese da história de vida da cliente. Incluem-se dados relativos à sua história de vida e de saúde, o genograma, o exame do estado mental à data do contacto inicial e a terapêutica farmacológica.

### 1.1. HISTÓRIA DE VIDA E DE SAÚDE

A D<sup>a</sup> AZ é uma mulher de 40 anos de idade, natural do Peru. Emigrou para Portugal com 24 anos *“para procurar uma vida melhor. A vida no Peru era mais perigosa, não é como aqui. Se andássemos com sapatilhas na rua ficávamos sem elas”* (sic). Sabe ler e escrever em espanhol e português, apesar de apresentar algumas dificuldades na escrita neste último idioma. Para Portugal emigrou também uma das suas irmãs. A restante família (pais, irmã e irmão) permaneceu no país de origem.

Atualmente vive no primeiro andar de um prédio sem elevador na zona histórica de Lisboa, num apartamento T0 de dimensões reduzidas. Tem acesso a água, gás e eletricidade. Vive com o seu marido (Sr. R.), também de origem peruana, e com a filha, A., de 8 anos de idade, já nascida em Portugal. O Sr. R. trabalha diariamente como vendedor de artesanato numa loja alugada e participa duas vezes por semana numa feira local. Constitui o único elemento do agregado familiar com atividade laboral ativa, apesar de esta lhe permitir acesso a um rendimento mensal reduzido. A D<sup>a</sup> AZ abandonou a sua atividade laboral - na loja partilhada com o marido – após o início da doença que em seguida se descreve. A A. frequenta a 2<sup>o</sup> ano de escolaridade de uma escola primária pública da área de residência.

A D<sup>a</sup> AZ foi saudável até Setembro de 2014, altura em que iniciou um quadro de dor progressivamente mais intensa na perna direita. Foi avaliada por diversas vezes em serviços de urgência, sem aparente valorização das queixas até Dezembro de 2014, altura em que realizou múltiplos exames complementares de diagnóstico e lhe foi diagnosticado um sarcoma do perónio direito (com lesão irresecável ao diagnóstico) e um nódulo pulmonar único no lobo inferior esquerdo. Fez tratamento com quimioterapia e radioterapia por cateter venoso central subcutâneo, com redução e amolecimento da massa, que permitiu excisão parcial do sarcoma e linfadenectomia inguinal em Janeiro de 2017. Durante a cirurgia verificou-se como inevitável a lesão do

nervo ciático popliteu externo para remoção da massa, o que resultou em pé pendente, com compromisso ligeiro da marcha.

Em Agosto de 2017, por agravamento da doença, com novo aumento das dimensões do sarcoma, extensa metastização pulmonar e descontrolo sintomático – dor, dispneia, ansiedade e humor deprimido com relato de ideação suicida – foi pedido e aceite o acompanhamento por parte da equipa de apoio domiciliário de cuidados paliativos.

Em Setembro de 2017 a A. passou a ter acompanhamento individual pela psicóloga do agrupamento escolar.

Em Dezembro de 2017, através da Liga Portuguesa contra o Cancro, a D<sup>a</sup> AZ passou a ter o apoio diário, com exceção dos fins-de-semana, de uma cuidadora formal, a D<sup>a</sup> N.. Esta assumiu a responsabilidade total pela preparação e confeção das refeições da família, realização de limpezas domésticas, colaboração nos cuidados de higiene pessoal, vestir/despir e administração da terapêutica preparada pela equipa de enfermagem.

## 1.2. GENOGRAMA

O genograma é um instrumento baseado na Teoria Sistémica que permite a sistematização e visualização do contexto familiar e das relações entre os seus elementos (Muniz & Eisenstein, 2009).

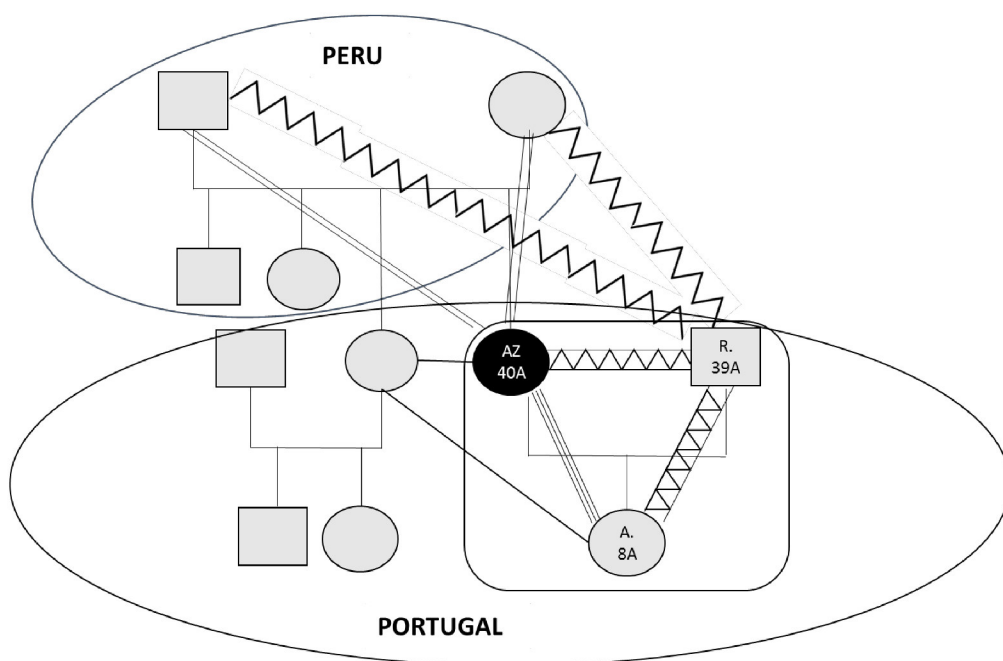


Figura 1 - Genograma da D<sup>a</sup> AZ.

Através da leitura do genograma apresentado na Figura 1, é possível identificar que a D<sup>a</sup> AZ apresenta uma família geograficamente separada em dois países distintos. A sua família de origem, constituída por ambos os pais e três irmãos (um irmão e duas irmãs), reside no Peru, à exceção da terceira irmã que também emigrou para Portugal. A D<sup>a</sup> AZ mantém contactos telefónicos regulares com os pais, que lhe pedem frequentemente que regresse ao Peru. Afirmam estar disponíveis para cobrir o valor monetário integral das viagens e, na ausência da sua concretização, culpabilizam o Sr. R., atribuindo-lhe a responsabilidade pelo facto de a filha continuar em Portugal. A D<sup>a</sup> AZ verbaliza que gostaria de viajar até ao Peru, mas nega o desejo de regressar definitivamente ao seu país de origem, defendendo o marido – *“eu digo-lhes que a culpa não é do R., nós não vamos viver para lá porque eu estou doente e não é fácil. A A. tem a escola, o R. tem a loja...a nossa vida agora está aqui”* (sic). O irmão deslocou-se a Portugal para visitar a D<sup>a</sup> AZ em Setembro de 2017, visita que a mesma recorda com agrado.

A irmã que emigrou para Portugal constituiu família, tendo casado e tido dois filhos. A D<sup>a</sup> AZ refere ter uma relação próxima com a mesma, mas verbaliza que, apesar da proximidade geográfica, não passam muito tempo em conjunto. Falam frequentemente ao telefone mas encontram-se apenas ocasionalmente ao fim-de semana e esta não constitui um apoio logístico ou funcional – *“ela tem muito trabalho com os meninos, também não tem tempo para estar sempre a vir ter comigo”* (sic).

Em Lisboa, a D<sup>a</sup> AZ vive com a sua família nuclear, composta pelo marido e a filha. Apresenta uma relação próxima mas conflituosa com o Sr. R., referindo que estes conflitos começaram com a doença e foram-se agravando com o aumento da sua dependência – *“Ele preocupa-se muito comigo e com a A. mas discutimos muito e depois a minha filhinha fica triste (...). Ele gostava que eu cozinhasse e arrumasse a casa mas eu não consigo...chega cansado do trabalho e eu não tenho nada preparado. E ele fica zangado (...). Já não somos um casal, não há intimidade...não tenho vontade assim doente. Somos amigos e ele é muito meu amigo...sei que ele fica muito triste por me ver assim, pelo que nos aconteceu...erámos tão felizes antes disto tudo”*.

Apresenta uma relação próxima e forte com a filha e verbaliza grande preocupação com o futuro da mesma – *“O que é que vai ser da minha menina? As crianças precisam das mães e ela é tão pequena...eu sou adulta e ainda preciso tanto da minha! (...) No outro*

*disse-me que estava a rezar para eu ficar boa e eu fiquei tão triste porque não vou ficar...e ela vai ficar sem mim. (...) Ela gosta do pai mas às vezes zanga-se com ele quando ele grita comigo...depois chora e abraça-se a ele. Quero que eles sejam amigos porque depois vão ser só eles...” (sic).*

### 1.3. EXAME DO ESTADO MENTAL

<b>CONSCIÊNCIA</b>	Vigil. Sem alterações.
<b>ORIENTAÇÃO</b>	Orientada na pessoa, tempo e espaço.  *Desde Dezembro de 2017, com o agravamento da doença orgânica, com períodos breves de desorientação no tempo, facilmente revertidos com orientação para a realidade.
<b>ATENÇÃO</b>	Captável mas mantida apenas por curtos períodos.
<b>MEMÓRIA</b>	Compromisso da memória recente, com incapacidade para novas aprendizagens, nomeadamente ajustes no regime medicamentoso.
<b>PERCEÇÃO</b>	Não se apuram alterações.
<b>DISCURSO</b>	Provocado mas coerente e organizado.
<b>PENSAMENTO</b>	Bradipsiquismo.  Não se apura ideação suicida mas verbaliza tristeza.
<b>VIVÊNCIA DO EU</b>	Não se apuram alterações.
<b>HUMOR, EMOÇÕES E AFETOS</b>	Humor deprimido.  Períodos de ansiedade relacionada com exacerbação da sintomatologia respiratória (dispneia acentuada).  Labilidade afetiva, com períodos de choro fácil.  Evita o contacto visual na interação.
<b>ENERGIA VITAL E IMPULSIVIDADE</b>	Diminuição da energia vital com clinofilia, permanecendo por longos períodos na cama ou no sofá.  Renitente à realização dos cuidados de higiene por referir cansaço.
<b>MOTRICIDADE</b>	Lentificação psicomotora.  Mímica pobre.

<b>VIDA INSTINTIVA</b>	Sonolência diurna secundária a terapêutica opióide. Insónia inicial, sob terapêutica ansiolítica e hipnótica.
<b>INSIGHT</b>	Crítica presente para a doença. Verbaliza espontaneamente aspetos relativos à própria morte. Mantém algumas expectativas irrealistas face à realidade, tais como o desejo de fazer uma viagem de um mês ao Peru.

#### 1.4. TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

	<b>Fármaco</b>	<b>PA</b>	<b>A</b>	<b>J</b>	<b>D</b>	<b>SOS</b>
<b>14.12.2017</b>	Sulfato de Morfina, 60mg, PO libertação prolongada	<b>X</b>		<b>X</b>		
	Sulfato de Morfina, 15mg, PO					<b>X</b> Se dor ou dispneia. Pode repetir após 1 hora.
	Metamizol magnésico, 575mg, PO	<b>X</b>			<b>X</b>	
	Paracetamol, 1g, PO	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
	Escitalopram, 10mg, PO	<b>X</b>				
	Alprazolam, 0.5mg, PO			<b>X</b>		
	Mirtazapina, 30mg, PO				<b>X</b>	
	Olanzapina, 5mg, PO orodispersível				<b>X</b>	
	Carvedilol, 6.25mg, PO	<b>X</b>			<b>X</b>	
	Metronidazol, 250mg, PO	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
	Lepicortinolo, 30mg, PO	<b>X</b>	<b>X</b>			
	Megestrol, 160mg, PO	<b>X</b>				
	Esomeprazol, 40mg, PO	<b>X</b>				

**Tabela 7** - Regime medicamentoso.

Legenda: PA – Pequeno-Almoço; A – Almoço; J – Jantar; D – Deitar.

Pelo descontrolo de sintomas (em particular, a dispneia e a dor) e o humor deprimido, a D<sup>a</sup> AZ apresenta incapacidade para a gestão autónoma do regime terapêutico. Por esse motivo, a equipa de enfermagem realiza semanalmente a preparação da medicação numa caixa com múltiplas divisórias. Apesar de cumprir a mesma, a cliente



apresenta necessidade de incentivo e supervisão diária por parte do marido e da equipa multidisciplinar. Em Dezembro de 2017, por afirmar que a sua renitência se devia ao número elevado de comprimidos que deveria tomar diariamente, a equipa médica procedeu ao ajuste do esquema com a suspensão de terapêutica considerada não essencial, incluindo o metamizol magnésico, carvedilol e megestrol. Esta intervenção foi eficaz e a cliente passou a cumprir o regime medicamentoso com menor renitência.

A D<sup>a</sup> AZ apresenta igualmente dificuldade na gestão da terapêutica em SOS, tendo que ser frequentemente recordada da necessidade de fazer a mesma perante a agudização da dispneia a pequenos esforços ou da dor. A mesma é eficaz, com alívio dos referidos sintomas.

## 2. APRECIÇÃO DE ACORDO COM O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

### 2.1. STRESSORS E FATORES DE RECONSTITUIÇÃO

VARIÁVEIS DIMENSÕES	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	DESENVOLVIMENTO	SOCIOCULTURAL	ESPIRITUAL
<b>INTRAPESSOAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarcoma em progressão com ferida maligna de grandes dimensões, exsudativa e de cheiro fétido. Necessidade de realização de penso em dias alternados.</li> <li>- Dor na perna esquerda, com necessidade de analgesia em esquema e em SOS;</li> <li>- Cansaço fácil com dispneia.</li> <li>- Diminuição do apetite;</li> <li>- Astenia;</li> <li>- Incapacidade para gerir de forma autónoma o regime medicamentoso;</li> <li>- Tempo de vida expectável limitado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humor deprimido;</li> <li>- Ansiedade;</li> <li>- Autoestima diminuída;</li> <li>- Luto antecipatório.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade para gerir o regime medicamentoso autonomamente;</li> <li>- Vivência de doença oncológica grave, incurável e progressiva, limitadora das várias atividades de vida diária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Natural do Peru, emigrada em Portugal;</li> <li>- Impossibilidade de desempenhar uma atividade profissional;</li> <li>- Incapacidade para manter as atividades de lazer prévias</li> </ul>	-----
<b>INTERPESSOAL</b>	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luto antecipatório do marido e da filha;</li> <li>- Pressão da família do país de origem para que a cliente regresse ao Peru.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deterioração da relação conjugal, com períodos mais frequentes de conflito</li> <li>- Relato de ausência de vida sexual com o marido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relações sociais restritas ao marido, filha e, ocasionalmente, com a família da irmã. Sem outros apoios familiares.</li> </ul>	-----

			- Limitação no desempenho do papel de mãe		
<b>EXTRAPESSOAL</b>	-----	- Filha com necessidade de acompanhamento psicológico; - Sobrecarga do cuidador (marido).	- Filha com dificuldades de aprendizagem.	- Habitação precária num apartamento de pequenas dimensões, no primeiro andar de um prédio sem elevador. Partilha um beliche com a filha e o marido; - Baixo rendimento familiar.	-----

<b>FATORES DE RECONSTITUIÇÃO</b>	
<b>INTERNOS</b>	<b>EXTERNOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crítica para a doença, com sinais de aceitação da mesma;</li> <li>- Religião cristã (<i>“Tenho muita fé, rezo a Deus todos os dias para me dar forças”</i>);</li> <li>- Desejo de viajar até ao país de origem para se despedir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Filha e marido;</li> <li>- Contactos telefónicos regulares com a família alargada;</li> <li>- Apoio psicológico disponibilizado à filha no meio escolar;</li> <li>- Equipa multidisciplinar do Serviço de Apoio Domiciliário de Cuidados Paliativos;</li> <li>- Cuidadora formal, D<sup>a</sup> N..</li> </ul>

## 2.2. QUESTÕES CENTRAIS NO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, existem algumas questões essenciais à compreensão dos clientes de quem cuidamos enquanto enfermeiros. Importa, não só compreender o significado que um dado problema assume para o cliente que o vivencia, mas também a interpretação que o enfermeiro faz à luz dos conhecimentos da sua disciplina. Este processo permite o reconhecimento do problema do ponto de vista de quem o vive, mas também a determinação dos aspetos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Apesar de as questões que se seguem não terem sido textualmente colocadas à D.<sup>a</sup> AZ, é possível responder às mesmas, através dos dados fornecidos pela cliente em várias interações.

- **O que considera ser o seu problema?**

**Cliente:** *“Mais do que a viagem ao Peru, mais do que o penso e esta ferida tão feia, mais do que as dores e a falta de ar, o meu maior problema é que a minha filhinha vai ficar sem mãe...eu não vou estar aqui para ela. O que é que vai ser dela sem mãe? Eu sou adulta e preciso tanto da minha, mesmo estando longe....”.*

**Enfermeiro:** Impossibilidade de concretizar o papel de mãe no futuro; ansiedade; luto antecipatório.

- **O que espera dos profissionais de saúde?**

**Cliente:** *“Eu estou muito agradecida a todos os médicos e enfermeiros, aqui em casa e no IPO...têm feito muito por mim”. “Preciso que me ajudem por causa da viagem...a minha irmã diz que há um enfermeiro que me pode fazer o penso enquanto eu estiver lá [no Peru] mas eu não sei se eles têm material...e a medicação? Não se vocês podiam arranjar medicação e material para ele fazer o penso (...) Eu sei que consigo ir, passo algum tempo com os meus pais e depois volto. Tenho que me despedir deles”.*

**Enfermeiro:** Crítica presente para a condição de saúde; Expetativas irrealistas face à realidade.

- **Como é que esse problema tem afetado os seus hábitos de vida?**

**Cliente:** *“Tenho saudades da minha vida antiga...este cansaço...ontem tentei sair e subir a rua. Achei que ia conseguir mas já não consigo e fiquei triste. Antes descia estas escadas a correr, agora estou aqui presa”; “antes cozinhava para o meu marido e para a A.. Nunca gostei muito de cozinhar mas fazia as coisas e agora não consigo”; “Gostava muito de trabalhar, fazia artesanato, pulseiras e fios, mas agora não...tenho tudo aqui em casa mas não consigo, não tenho vontade”.*

**Enfermeiro:** Luto das capacidades e papéis anteriores; astenia; humor deprimido; anedonia.

- **Anteriormente já teve um problema semelhante?**

**Cliente:** *“Nunca tive um problema de saúde! Só na gravidez é que tive alguns problemas e a A. teve que nascer de cesariana. Eu era saudável, não tinha nada...e éramos tão felizes quando isto apareceu. A minha filha tinha 4 anos e já pedia um maninho ou uma maninha...foi nessa altura que descobriram a doença na minha perna e disseram que eu não podia engravidar. Desde aí que a minha vida mudou. Não é justo, não é. Nós não merecíamos isto. Éramos tão felizes”.*

**Enfermeiro:** Sentimentos de raiva e injustiça.

- **Como prevê o futuro em consequência desta doença?**

**Cliente:** *“Eu sei que não vou estar cá...e não sei o que vai acontecer ao meu marido e à minha filha”; “Espero que a minha filha não fique revoltada, que ela fique sempre com o pai”; “Espero não ter dores quando estiver a chegar ao fim...tenho estas dores nos ‘nós’ do joelho. Agora tomo o sevredol e fica melhor...Não quero morrer com dor.”*

**Enfermeiro:** Luto antecipatório; medo da dor e da morte.

- **O que é que está a fazer ou pode fazer para se ajudar a si mesmo?**

**Cliente:** *“Ontem liguei para os jesuítas e eles disseram para deixar o número que eles voltavam a ligar para eu escolher a cuidadora. Vai ser bom ter essa ajuda porque estou muito cansada e não consigo tratar da casa, limpar, cozinhar...acho que isso vai ser*

*bom...para mim e para a minha família. Eu não posso mais fazer estas coisas...preciso de ajuda”.*

**Enfermeiro:** Capacidade para identificar as suas necessidades atuais presente; motivação para procurar ajuda.

### **3. PLANO DE CUIDADOS**

Tendo em conta os *stressors* e fatores de reconstituição identificados no capítulo anterior, é possível nomear vários focos de atenção e os respetivos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2010). Estes incluem:

- ❖ Dor;
- ❖ Dispneia;
- ❖ Gestão do regime medicamentoso comprometida;
- ❖ Ansiedade, em grau moderado;
- ❖ Autoestima diminuída;
- ❖ Desempenho de papéis comprometido;
- ❖ Luto antecipatório.

Apesar de cada diagnóstico constituir uma entidade individual, é necessário reconhecer a sua influência mútua, já que se observa nesta cliente que, a título de exemplo, a agudização dos diagnósticos de dor e dispneia conduzem ao aumento da ansiedade, à incapacidade para gerir o regime terapêutico e ao luto antecipatório, pelo reconhecimento da progressão da doença. Este aspeto assume um valor particular porque significa que a intervenção dirigida a um diagnóstico tem também implicações nos restantes.

Tal como referido anteriormente, optou-se no presente estudo de caso pela exploração em maior detalhe apenas do diagnóstico de Autoestima diminuída, não só pela sua centralidade no meu Projeto de Estágio mas também pela sua inequívoca adequação à vivência da cliente em questão.

#### **3.1. O DIAGNÓSTICO DE AUTOESTIMA DIMINUÍDA**

A D<sup>a</sup> AZ apresenta várias características definidoras do diagnóstico de autoestima diminuída, nomeadamente o evitamento do contacto visual na interação com os outros, o sentimento de inutilidade e incapacidade e as verbalizações de desamparo e de desafio situacional face ao próprio valor, em consequência da doença. Com a intervenção neste diagnóstico pretendia-se melhorar o nível de autoestima, potenciando a verbalização de

aspectos positivos sobre si própria, a descentralização do pensamento e do discurso nas limitações secundárias à doença, favorecendo a identificação de competências mantidas e adquiridas através do seu percurso de vida e a capacidade de definir e reajustar metas futuras às circunstâncias atuais.

### **3.1.1. A Terapia da Reminiscência em Cuidados Paliativos**

Perante a necessidade de intervir numa pessoa com o diagnóstico de autoestima diminuída num contexto tão particular como é aquele que decorre do cuidado a pessoas com doenças graves, incuráveis e progressivas, acompanhadas em contexto de Cuidados Paliativos, considerou-se necessária a realização de pesquisa bibliográfica que permitisse identificar, selecionar e sustentar a mobilização de uma dada intervenção promotora de autoestima. Para além da verificação da adequação e fundamentação da intervenção selecionada, esta pesquisa teve também como objetivo a garantia do respeito pelos princípios éticos da beneficência e não maleficência, nesta população que se reconhece como particularmente vulnerável.

A Terapia da Reminiscência constitui uma intervenção baseada na mobilização das memórias e experiências de vida, com o objetivo de assistir a pessoa na adaptação às circunstâncias do presente e na construção de significados (Butler, 1963; Soniya, 2015). Pode apresentar diferentes graus de estruturação – desde a reminiscência simples à revisão de vida (Webster, Bohlmeijer, & Webster, 2010) – e apresenta a particularidade de favorecer, para além da narrativa oral, a mobilização de recursos materiais como fotografias, documentos importantes, música, jogos e tradições (Soniya, 2015).

Existe evidência de que a terapia da reminiscência tem efeitos positivos em vários domínios da saúde mental – tais como a redução dos sintomas depressivos, o aumento do bem-estar e a melhoria da autoestima (Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008). Este último aspeto justifica a sua mobilização enquanto intervenção adequada ao diagnóstico de enfermagem de autoestima diminuída. Atualmente trata-se de uma intervenção com uma evidência científica robusta no que respeita à sua adequação à população idosa (Chiang, Lu, Chu, Chang, & Chou, 2008; Meléndez-Moral, Ruiz, Rodríguez, & Galán, 2013; Meléndez-Moral, Terrero, Galán, & Rodríguez, 2015; Pishvaei, Moghanloo, & Moghanloo, 2015; Preschl, et



al., 2012; Wu, 2011), ainda que a sua eficiência também tenha já sido demonstrada em adultos jovens (Hallford & Mellor, 2016).

De acordo com a revisão sistemática da literatura conduzida por Keall, Clayton & Butow (2015), incluindo apenas estudos com metodologia quantitativa, existe evidência de que a terapia da reminiscência constitui uma estratégia de intervenção com efeitos positivos nas dimensões existencial e espiritual das pessoas em cuidados paliativos. Em 11 de um total de 14 artigos - resultantes de uma pesquisa alargada a publicações entre 1993 e 2014 – verificaram-se resultados positivos e estatisticamente significativos nos referidos domínios após a implementação de estratégias de intervenção no âmbito da terapia da reminiscência. As intervenções foram realizadas autonomamente por profissionais de categorias diferentes – enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais. Ao contrário do verificado nas intervenções com idosos, no contexto de cuidados paliativos as intervenções foram desenvolvidas maioritariamente em contexto individual, apesar de também se ter verificado a existência de uma intervenção em grupo e de uma intervenção com a díade pessoa doente - cuidador. O estudo de Allen et al. (2008) demonstrou que a realização de terapia da reminiscência com esta díade favorece a comunicação entre os envolvidos, aumenta a interação social para a pessoa doente e reduz o nível de stress do cuidador. As intervenções foram realizadas com uma periodicidade semanal em vários contextos de cuidados paliativos – incluindo internamento, consulta externa e domicílio – num total de duas a oito sessões, com a duração de 15 minutos a 2h30. As sessões realizadas em menor número ou em menor tempo foram aquelas que tiveram por condicionante o tempo de vida limitado dos participantes ou o seu descontrolo sintomático, aspetos que parecem condicionar negativamente a capacidade das pessoas gravemente doentes para a realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico, tais como a terapia da reminiscência.

A construção de um legado, entregue aos familiares ou pessoas significativas antes ou após a morte (Donato et al., 2016), pode constituir uma atividade relevante no âmbito da terapia da reminiscência em fim de vida e inclui a elaboração de um objeto significativo que pode assumir diversas formas: cassetes gravadas, álbuns de memórias, livros de recortes e fotografias, entre outros (Allen et al., 2008).

Tendo por base a evidência apresentada, formulou-se um projeto de intervenção para a D<sup>a</sup> AZ que incluía a realização semanal de sessões de terapia da reminiscência, com a duração de aproximadamente 30 minutos, num total de 4 sessões (número definido em função do número de semanas total deste módulo do estágio). Através desta intervenção seria expectável conseguir abordar de forma cronológica as diversas fases da vida da cliente, desde a sua infância até à atualidade. Das várias sessões deveria resultar a construção de um álbum de memórias que seria deixado à filha e/ou ao marido como um legado para o futuro.

### **3.1.2. Análise crítica da implementação da Terapia da Reminiscência**

Infelizmente, apesar da adequação e fundamentação em evidência científica fiável e recente, foram vários os fatores que limitaram a implementação deste projeto de intervenção com a D<sup>a</sup> AZ.

Para compreender essas limitações, importa esclarecer que esta cliente foi acompanhada por mim no âmbito da intervenção de uma equipa multidisciplinar de apoio domiciliário de cuidados paliativos – composta por três enfermeiras, uma médica, uma psicóloga e uma assistente social. As visitas domiciliárias, realizadas com uma periodicidade diária, foram sempre realizadas por uma das enfermeiras. A médica da equipa participou pontualmente nas visitas, e de forma mais frequente no final do acompanhamento, devido ao descontrolo sintomático exacerbado. Sempre que surgiram necessidades sociais relativas a apoios logísticos e financeiros, a assistente social da equipa deslocou-se igualmente ao domicílio da cliente. Esta equipa multidisciplinar encontra-se sediada num hospital da região da grande Lisboa, e desloca-se diariamente por toda a cidade, em viaturas específicas para o efeito, conduzidas por um motorista profissional. Apesar do elevado número de clientes com necessidade de acompanhamento pela equipa, a mesma foi ao longo do meu período de estágio confrontada com a inexistência de motoristas em número suficiente para as viaturas disponíveis. Tendo em conta a necessidade de um único carro deslocar toda a equipa pelo dobro dos acompanhamentos, esta logística impediu que, por várias vezes me fosse possível permanecer no domicílio da D<sup>a</sup> AZ para realizar a intervenção a que me propus.

Para além destes aspetos logísticos, também a própria condição de doença e o seu agravamento, expectável mas progressivamente debilitante, condicionou a implementação

do projeto de intervenção delineado. A existência de sintomas físicos descontrolados, como a dispneia acentuada e a dor, limitaram a disponibilidade da cliente para a realização de atividades formais de reminiscência. Também da minha parte, considero importante valorizar a identificação que pude fazer das necessidades mais imediatas da cliente, reformulando os objetivos da minha intervenção e compreendendo que as suas necessidades se sobrepunham naturalmente aos meus objetivos acadêmicos. Esta adaptação às necessidades e limitações do outro decorrem do meu reconhecimento de que a relação de ajuda com o outro só pode ser construída se o outro lhe atribuir um sentido e encontrar nela uma ressonância autêntica dos seus problemas, tal como os pensa e sente.

Apesar de não ter sido possível intervir de acordo com o projeto inicialmente definido, considero que a D<sup>a</sup> AZ beneficiou do apoio diário da equipa multidisciplinar de cuidados paliativos e dos momentos de acompanhamento individual que pude partilhar com a mesma. No capítulo seguinte apresento os excertos de duas interações com a D<sup>a</sup> AZ, com o objetivo de demonstrar a construção de uma relação terapêutica focada no outro e nas necessidades por si identificadas.

#### 4. REGISTOS DE INTERAÇÃO

##### 4.1. REGISTO DE INTERAÇÃO 1 - 25 de Novembro de 2017

Esta interação decorreu em casa da D<sup>a</sup> AZ. Estavam presentes a própria, a enfermeira A. e eu. Neste dia, encontrámos a D<sup>a</sup> AZ sentada no sofá da sala. Pedimos licença para entrar e fomos recebidas com agrado, apesar de a cliente manter o sorriso triste que já conhecíamos. A enfermeira A. perguntou-lhe como é que se sentia, ao que a D<sup>a</sup> AZ respondeu que havia acordado com muitas dores. Quando questionada se já havia tomado a medicação da manhã, a D<sup>a</sup> AZ respondeu “*Não, porque ainda não comi. Estou demasiado cansada para me levantar e ir preparar o leite e não posso tomar a medicação sem comer*”. A enfermeira pediu licença para lhe preparar um copo de leite, ao que a cliente acedeu agradecendo repetidamente. Enquanto o fazia puxei um banco de plástico da entrada e sentei-me ao seu lado, ligeiramente lateralizada.

Eu – AZ, *hoje precisamos de conversar sobre uma coisa muito importante.*

Enfermeira - [aproximou-se com o copo de leite e a medicação que a doente tomou de imediato] *Sabe AZ, a nossa equipa esteve a fazer uma reunião e estamos preocupados consigo. Achamos que precisava de mais ajuda do que aquela que tem neste momento.*

AZ – *Mais ajuda? Pois...a casa está uma confusão, eusei. Não consigo fazer nada* [olha em redor mas evita o contacto visual connosco].

Quando eu própria observo o ambiente, reparo que há sujidade nas várias superfícies, a loiça acumula-se no lava-loiças e, apesar do marido só regressar ao fim da tarde, não há sinais de qualquer refeição preparada para o almoço.

Enfermeira – *A assistente social deu-lhe um contacto quando esteve cá, não foi? Disse-lhe que podia ligar e que através da Liga podiam encontrar alguém que viesse ajudá-la todos os dias. Já ligou para lá?*

AZ – *Ainda não...*

Eu – *Era um bom recurso para si, AZ. Há alguma razão para ainda não ter ligado?*

Enfermeira – *Se quiser nós podemos ajudá-la com a chamada. O que é que acha que era importante numa pessoa que viesse cá para casa?*

AZ – Bem...tinha que ser alguém que me ajudasse com a medicação, porque às vezes esqueço-me e fico com mais falta de ar. Quando isso acontece fico ainda pior e fico muito aflita...a falta de ar é o pior, tenho muito medo de morrer assim quando não consigo respirar bem.

Eu – Alguém que a ajudasse com a medicação era de facto muito importante para garantir que esses sintomas, como a falta de ar, não ficam tão descontrolados. E que mais?

AZ – Se pudesse ajudar com a casa também era bom porque eu não consigo limpar, nem lavar. O meu marido chega muito cansado e eu estive aqui o dia todo mas não fiz nada...não posso. Eu não posso...

Enfermeira – Já disse duas coisas muito importantes: a medicação e a casa. E as refeições? Gostava de ter essa ajuda?

AZ – Isso era muito bom. O meu marido podia comprar a comida e a pessoa que viesse cozinhava qualquer coisa simples. Não tenho muito apetite mas se não comer não consigo tomar aqueles comprimidos todos.

Eu – Muito bem, D<sup>a</sup> AZ. Já viu? Afinal sabe perfeitamente em que é que gostava de ter ajuda...mas ainda assim ainda não fez a chamada...[faço silêncio e aguardo a sua resposta]

AZ – Bem...é que a assistente social este aqui na 4<sup>a</sup> feira e na sexta os meus pais ligaram. Pediram muito para eu voltar para o Peru...e eu tenho pensado muito que quero ir vê-los. Sei que não é fácil mas eles dizem que lá também há um enfermeiro que me pode fazer o penso, só preciso que me ajudem com a medicação e com o material, não sei se no Peru têm as coisas que vocês têm aqui...

Enfermeira – Há muito tempo que não falava da viagem ao Peru mas parece que esse pensamento nunca deixou de estar na sua cabeça...

AZ - Não, nunca...mas mais agora. O meu pai ligou-me e disse “filhinha, tens que vir! Se as coisas correrem pelo pior não sei se volto a passar o Natal contigo. Faz muito tempo que não estamos juntos no Natal e aqui tinhas tudo para ti e para a tua família”. Eu disse-lhe que queria muito ir mas não quero voltar...gostava de ir um mês ou dois e depois regressar. Mas eles querem que eu fique e acham que o R. é que não me deixa ir...fiquei muito triste

*quando o meu pai disse “Se ficas aí e as coisas não correm bem não podemos ir ver-te e deixar-te flores e comida”.<sup>1</sup> Chorei muito...*

*Eu – Era muito importante para si despedir-se deles...como é que imagina essa viagem?*

*AZ – Ia ser muito bom para todos... a A. podia conhecer a família toda, eu podia ver os meus pais e os meus irmãos. Eu sei que a viagem vai ser difícil mas vai valer a pena! E foi por isso que ainda não telefonei...porque se formos ao Peru tem que ser mais ou menos dentro de duas semanas, quando a A. termina os exames e entra de férias de Natal. Vou pedir a alguém para vir uma semana para depois ir embora?*

*Enfermeira – [Entreolhámo-nos por alguns segundos, compreendo o desajuste entre esta expectativa tão importante para a D<sup>a</sup> AZ e as condicionantes da sua realidade] Eu penso que não haveria nenhum problema, AZ. Liga para os jesuítas para eles lhe enviarem algumas pessoas dentro daquilo que precisa, escolhe de quem é que gosta mais para cuidar de si e avisa que talvez tenha que sair por algum tempo do país...compreendo que fique preocupada, mas era muito importante que conseguisse ajuda o mais rápido possível.*

*Eu – Com mais ajuda também vai estar menos sobrecarregada. Talvez até se sinta melhor para falar connosco sobre esta viagem que quer tanto fazer.*

*AZ – Eu quero muito ir...eu sei que é difícil mas eu tenho que ir.*

Nesse dia despedimo-nos da D<sup>a</sup> AZ garantindo que voltaríamos no dia seguinte. Ao sairmos da sua casa, não pude deixar de suspirar e de comentar a dificuldade que foi para mim gerir esta expectativa do outro, para mim tão desajustada da realidade. Refleti, inclusivamente, sobre este aspeto num dos Diários de Aprendizagem realizados neste módulo do estágio, explorando em profundidade o que sinto quando cuido de alguém que não reconhece os limites ou antecipa os problemas que eu consigo intuir com base na minha formação e experiência.

---

<sup>1</sup> No Peru, muitas famílias mantêm a tradição de se deslocar aos cemitérios no “Día de Muertos”, cumprindo vários rituais. Acreditam que as pessoas falecidas se deslocam à terra para visitar aqueles que lhes eram significativos e vivem este dia em celebração. Estes rituais incluem levar flores mas também comidas e bebidas do agrado da pessoa falecida, partilhadas com música e animação em redor do túmulo (Saavedra, Gamboa, & Cuadros).

Com o agravamento que se verificou nas semanas seguintes, a D<sup>a</sup> AZ pareceu aceitar que não teria de facto condições para regressar ao Peru. Toda a equipa multidisciplinar discutiu este problema tentando encontrar uma alternativa realista e satisfatória para a cliente. Foi-lhe apresentada a possibilidade de os pais utilizarem o dinheiro das viagens para se deslocarem eles próprios a Portugal para a ver. A D<sup>a</sup> AZ pareceu surpreendida com a ideia, que aparentemente ainda não lhe tinha ocorrido, e fez essa proposta aos mesmos numa chamada telefónica. Até ao final do meu estágio, os pais ainda não tinham realizado a viagem para Portugal. No entanto, identifica-se como aspeto positivo o facto de a cliente ter sido capaz de realizar os contactos necessários e de encontrar uma cuidadora adequada aos requisitos que nos havia apresentado.

#### **4.2. REGISTO DE INTERAÇÃO 2 – 28 de Novembro de 2017**

A presente interação teve lugar em casa da D<sup>a</sup> AZ. Após a realização da visita domiciliária pela enfermeira da equipa e por mim, na qual realizámos o tratamento ao sarcoma da perna esquerda e preparámos a caixa de terapêutica semanal a D<sup>a</sup> AZ parecia cansada, com os ombros descaídos numa postura derrotada. Antecipei a sonolência que teria em breve, uma vez que tinha tomado morfina em SOS para a realização do penso à sua ferida negra, exsudativa e de cheiro fétido, e percebi que tinha pouco tempo para intervir até que o momento deixasse de ser adequado. A enfermeira C. despediu-se e eu pedi para ficar mais um pouco, garantindo que não me demoraria porque compreendia que estivesse cansada.

Quando ficámos sozinhas sentei-me ao seu lado no sofá, o único sítio disponível para que ficasse mais próxima e à altura do seu olhar. Comecei por fazer silêncio deixando que recuperasse o fôlego e que a medicação comesse a fazer efeito. Foi a D<sup>a</sup> AZ quem falou espontaneamente, ainda que sem estabelecer contacto visual, olhando para o chão entre as suas pernas.

*AZ - “Estou muito cansada...muito cansada. Deixei de sair, de trabalhar, de fazer as coisas aqui em casa. ‘Extraño’ a minha vida de antes...”.*

Demonstrei que a escutava com atenção e disse *“Esta doença tem mudado muita coisa na sua vida”*. A D<sup>a</sup> AZ acenou com a cabeça imediatamente e continuou: *“Até há 4 anos estava tudo bem. O R. e eu éramos muito felizes, com a nossa menina e ia tudo bem. Não*

*discutíamos, nunca nos tínhamos posto a mão. Desde que fiquei doente que ele está zangado...sempre zangado”.*

*Eu - “Porque é que acha que ele está zangado?”.*

*AZ – [Encolhe os ombros] “Não merecíamos isto. Já não temos conversa...até há umas semanas saíamos para o parque com a menina. Ela brincava e nós ficávamos sentados os dois. Mas já não conversamos. Ele só pergunta se eu tenho dor, se estou cansada, se tenho falta de ar...”.*

*Eu – Parece que está preocupado consigo...mas essas perguntas não são as que gostava de ouvir.*

*AZ – Não...não são.*

*Eu – De que é que gostava de falar com ele quando estão nesse banco do jardim?*

*AZ – Não sei...é difícil. Do que vai ser quando eu não estiver. Mas a culpa não é dele! A mim também me custa falar disto...e então não dizemos nada. Não fazemos nada...*

*Eu – [permaneci em silêncio durante alguns segundos]*

*AZ – “Já não somos nada, não somos um casal, não há intimidade...já não estamos como homem e mulher há muito tempo mas não dá...já não somos nada e eu não sei lidar com estas coisas. Mas com a doença...não tenho vontade e não consigo. Eu sei que ele sente a falta disso...ele está muito sobrecarregado com isto tudo”*

*Eu – Sente que a doença vos afastou.*

*AZ – Sim, muito. E tenho pena...não sei como vai ser com a minha filhinha. Quando o R. se zanga comigo, ela zanga-se com ele e tenta bater-lhe. Diz-lhe “Não grites com a mamã!”, e eu fico muito triste. A minha filha vai ficar sozinha com ele, não temos mais ninguém aqui. Eles têm que ser amigos...”*

*Eu – Está muito preocupada com o futuro da A. O que é que imagina que vai acontecer?*

*AZ – A minha menina não tem consciência...ela sabe que eu tenho o cancro e já viu a minha ferida, mas ela não percebe. No outro dia disse-me “Mãezinha, todos os dias à noite rezo*



*para tu fiques boa da tua perna. Para tu não morreres!” e eu chorei muito, muito, muito...[as lágrimas escorrem-lhe pelo rosto e fica mais dispneica].*

*Eu – Acredita mesmo que ela não tem consciência do que se passa AZ? O que ela lhe disse nesse momento foi que tinha medo de a perder...*

*AZ – [Levantou os olhos e olhou pela primeira vez para mim em toda a interação. Parece surpreendida]. Pois foi...pois foi. Eu não sei o que ela percebe, não há forma de lhe explicar. É só uma criança e precisa da mãe...e eu não vou estar aqui para ela.*

*Eu – Gostava de lhe fazer uma proposta e quero que saiba que estou aqui para a ajudar. Deve ser muito difícil imaginar que não vai poder estar aqui para acompanhar a sua filha ao longo da vida dela...mas gostava que pensasse em qualquer coisa que gostasse de lhe deixar. Eu sei que sente um cansaço muito grande, mas acredito que juntas podemos construir um presente para a sua filha para ela guardar para o futuro.*

*AZ – [Sorri apesar de parecer triste] Um presente? Não sei o que posso fazer...[silêncio]. Ela gosta muito das minhas pulseiras.*

*Eu – Não sabia que fazia pulseiras, AZ.*

*AZ – Era o meu trabalho na loja. Gostava muito de trabalhar, fazia artesanato, pulseiras e fios, mas agora não...tenho tudo aqui em casa mas não consigo, não tenho vontade.*

*Eu – Disse que a A. gosta muito das suas pulseiras...gostava de fazer uma para lhe oferecer? Não temos que fazer tudo num dia.*

*AZ – Nunca tinha pensado nisso...acho que consigo fazer isso para a minha menina. Mas hoje estou muito cansada.*

*Eu – Não temos que fazer nada hoje. Amanhã venho visitá-la e logo vemos como se sente.*

Apercebi-me de que estava cada vez mais sonolenta e despedi-me, garantindo que voltaria no dia seguinte. Apesar de a D<sup>a</sup> AZ ter concordado com minha proposta, apresentou um agravamento nos dias seguintes que nos impediu de trabalhar no projeto de construir a pulseira para a filha. Cerca de duas semanas depois, após a contratação da D<sup>a</sup> N – cuidadora financiada pela Liga Portuguesa contra o Cancro – a D<sup>a</sup> AZ apresentava menor ansiedade e verbalizava satisfação com a ajuda que a cuidadora representava para as suas atividades

domésticas e para a gestão da medicação. Em cima da mesa da sala, reparei que estava uma caixa de missangas, com vários fios de pele e fechos prateados dispersos. Quando questionei a D<sup>a</sup> AZ se havia retomado o seu artesanato, esta sorriu e disse “Vou tentar fazer uma pulseira para a minha filha”. Sorri também e senti que, afinal, apesar de me ter distanciado tanto do meu projeto inicial, talvez tivesse conseguido ajudar a D<sup>a</sup> AZ na construção de um sentido para a fase final da sua vida.

## **5. CONCLUSÃO**

Através do presente estudo de caso considero ter atingido os objetivos por mim definidos no Projeto de Estágio para o terceiro e último módulo da Unidade Curricular Estágio.

Acompanhar a D<sup>a</sup> AZ assumiu-se para mim como um desafio importante, confrontando-me com a necessidade de desenvolver competências de análise, de identificação de problemas complexos, de definição de estratégias de intervenção e de reformulação das mesmas perante situações imprevistas. Para além destes aspetos, de teor intelectual e instrumental, também no cuidado à D<sup>a</sup> AZ fui confrontada com emoções, sentimentos e pensamentos relativos à doença, à incapacidade, à morte e ao luto que me conduziram à necessidade de refletir em profundidade sobre quem sou, o que receio e que significados atribuo a todos estes processos. Por esse motivo, este foi um percurso para mim doloroso mas de grande crescimento.

Reconheço que o desenvolvimento em conjugação de todas estas competências constituiu um ponto de partida importante para este meu percurso de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que, apesar de agora chegar ao fim, sinto que está apenas no seu início.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, R., Hilgeman, M., Ege, M., Shuster, J., & Burgio, L. (2008). Legacy activities as interventions approaching the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 11(7), pp. 1029-1038.
- Butler, R. (1963). The Life-review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, pp. 65-76.
- Chiang, K.-J., Lu, R.-B., Chu, H., Chang, Y.-C., & Chou, K.-R. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, pp. 7-10.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem : CIPE versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1(XXVI), pp. 101-110.
- Hallford, D. J., & Mellor, D. (2016). Brief reminiscence activities improve state well-being and self-concept in young adults: a randomised controlled experiment. *Memory*, 24(10), pp. 1311-1320,.
- Keall, R., Clayton, J., & Butow, P. (2015). Therapeutic life review in palliative care: a systematic review of quantitative evaluations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(4).
- Meléndez-Moral, J., Ruiz, L., Rodríguez, T., & Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25(3), pp. 319-323.
- Meléndez-Moral, J., Terrero, F., Galán, A., & Rodríguez, T. (2015). Effect of reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), pp. 240-247.
- Muniz, J. R., & Eisenstein, E. (2009). Genograma. informações sobre a família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), pp. 72-79.
- Ordem dos Enfermeiros. (Outubro de 2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna: catálogo de classificação para a prática de enfermagem*. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE\\_Cuidados%20Paliativos.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_Cuidados%20Paliativos.pdf)
- Pishvaei, M., Moghanloo, R., & Moghanloo, V. (2015). The efficacy of treatment reminders of life with emphasis on integrative reminiscence on self-esteem and anxiety in widowed old men. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(1), pp. 19-24.
- Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, R., Alcañiz, M., . . . Botella, C. (November de 2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 16(8), pp. 964-974.

Saavedra, M., Gamboa, T., & Cuadros, L. (s.d.). Culto andino a la muerte en los cementerios de Lima Metropolitana. *Revista de Antropología*, pp. 232-332.

Soniya, G. (Abril de 2015). Reminiscence Therapy to Reduce Depression Among Elderly. *International Journal of Nursing Education*, 7(2), pp. 160-164.

Webster, J., Bohlmeijer, E., & Webster, E. (2010). Mapping the future of reminiscence: a conceptual guide for research and practice. *Research on Aging*, 32(4), pp. 527-564.

Wu, L.-F. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalized older veterans. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 2195-2203.



# **APÊNDICE 15**

**APRESENTAÇÃO “A TERAPIA DA REMINISCÊNCIA EM CUIDADOS  
PALIATIVOS”**





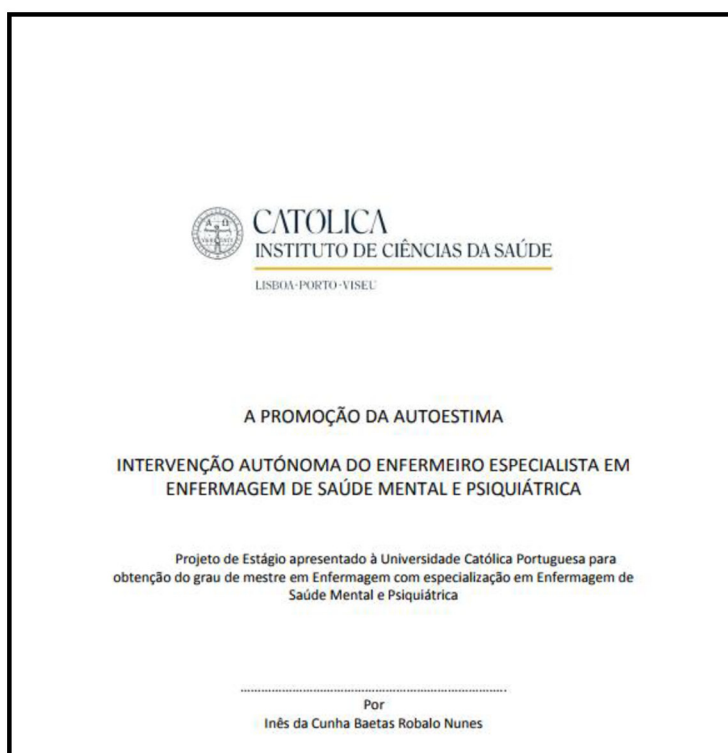
# Terapia da Reminiscência em Cuidados Paliativos

Estágio - Módulo 3 – Opcional

Inês Robalo Nunes (Mestranda EESMP, UCP)

Lisboa, 14 de Dezembro de 2017

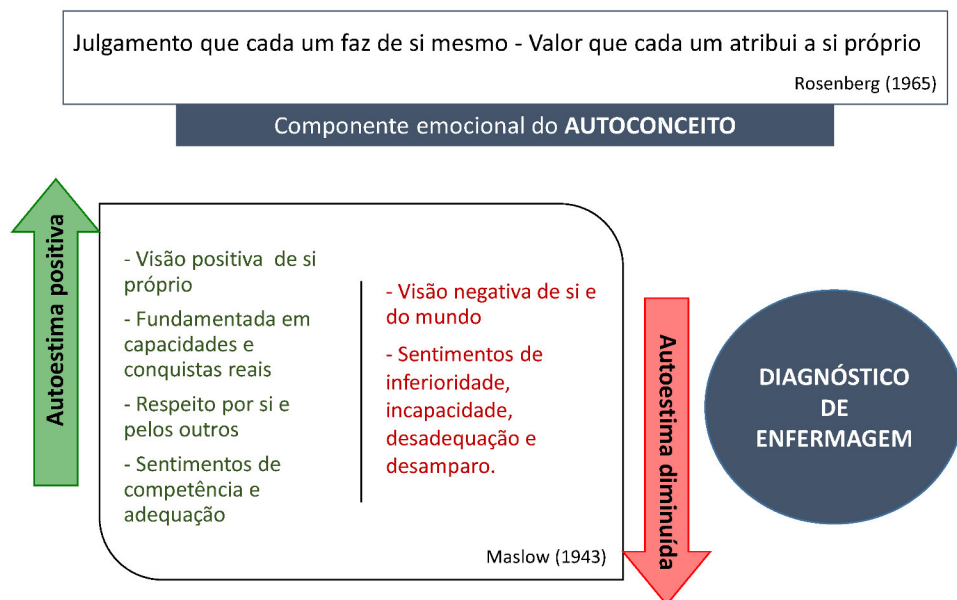
## QUADRO 2



## Sumário

1. Autoestima
2. Terapia da Reminiscência
3. Terapia da Reminiscência em Cuidados Paliativos
4. Conclusão
5. Referências Bibliográficas

## Autoestima



## QUADRO 5

---



Fonte: <https://joyswordsofencouragement.files.wordpress.com/2012/07/low-self-esteem.gif>

A autoestima diminuída tem implicações reais nas capacidades de desempenho, nas relações interpessoais e na saúde física e mental.

Orth, Robins & Widaman (2012)

---

## QUADRO 6

---

### Terapia da Reminiscência



Fonte: <https://www.unforgettable.org/unforget-wp/wp-content/uploads/2015/06/What-is-reminiscence-therapy-1280x565.png>

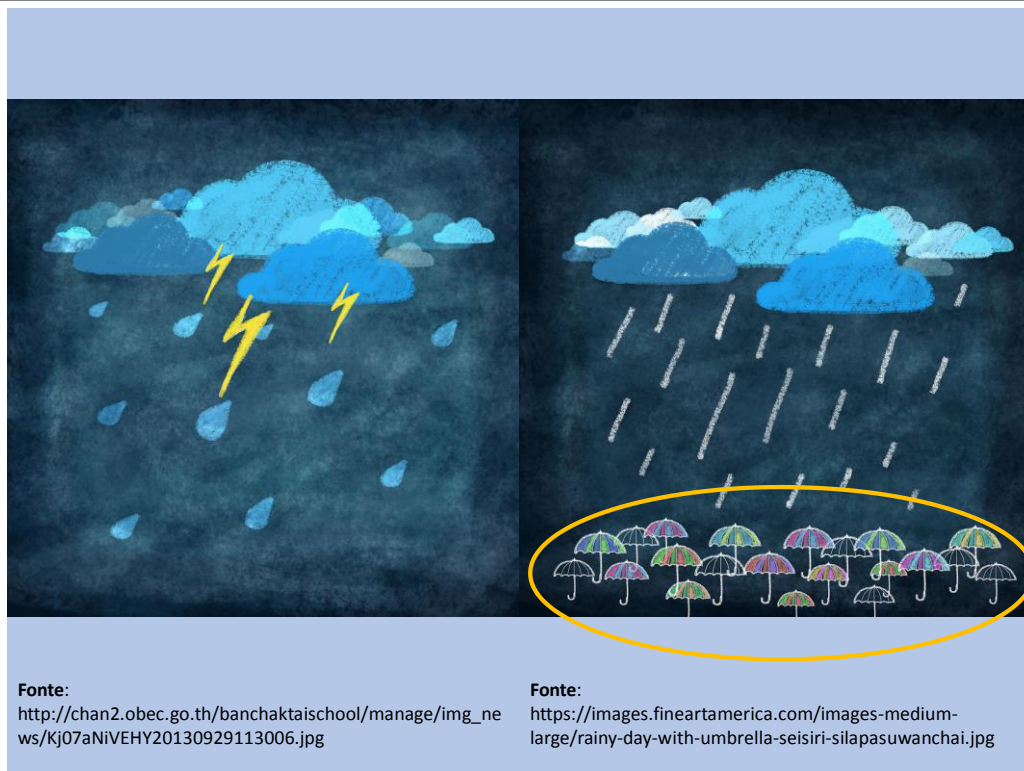
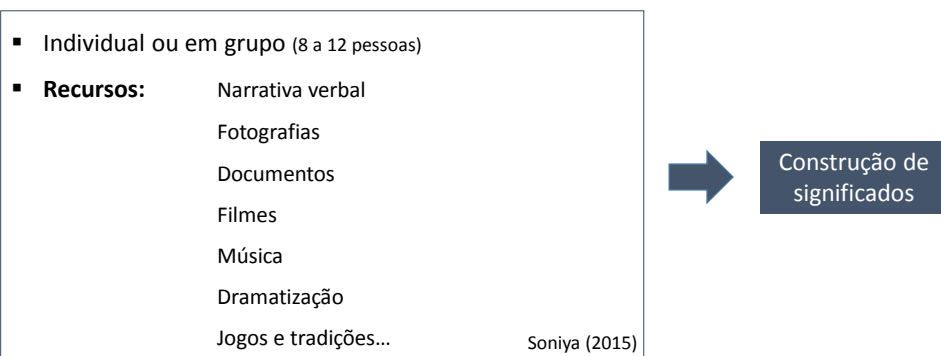
## Terapia da Reminiscência

Genericamente concebida como uma intervenção dirigida à **pessoa idosa**.

Webster, Bohlmeijer & Webster (2010)  
Westerhof, Bohlmeijer & Webster (2010)

Recuperação de **memórias e experiências do passado** com um fim terapêutico.

Lopes, Afonso e Ribeiro (2014)  
Bulechek, Butcher e Dochterman (2010)



## Terapia da Reminiscência

### Efeitos positivos

- ✓ Cognição
- ✓ Humor
- ✓ Sintomatologia depressiva
- ✓ Bem-estar
- ✓ Qualidade de vida
- ✓ Capacidade Funcional
- ✓ Comunicação

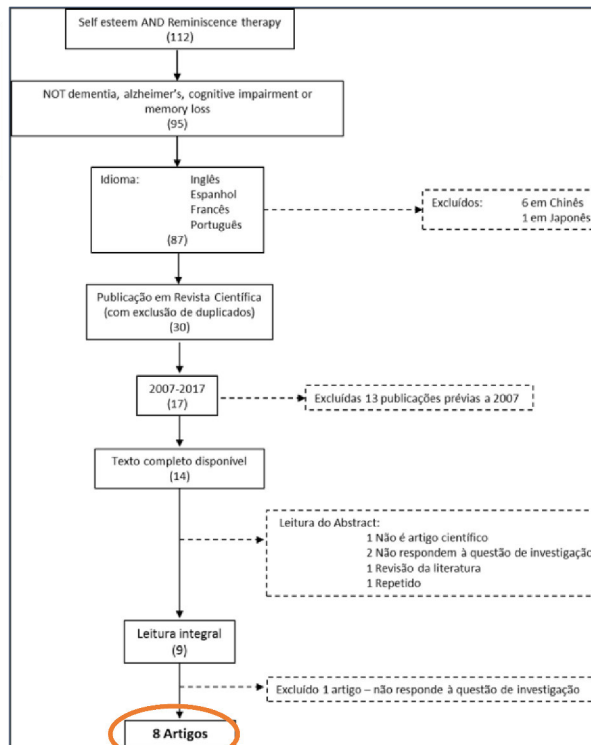
Woods, et al. (2005)  
Lopes, Afonso e Ribeiro (2014)

## Revisão da Literatura Protocolo de Pesquisa

Motores de busca **EBSCO** e **B-ON**

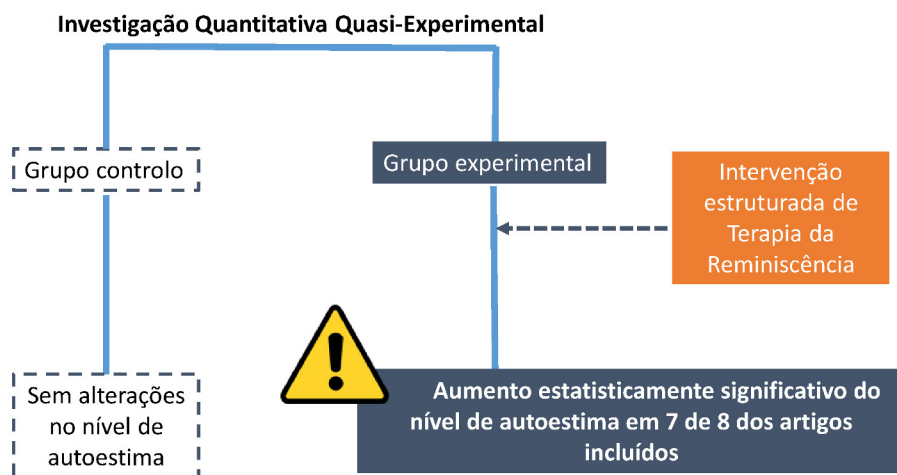
### Bases de dados:

CINAHL  
Psychology and Behavioral Sciences Collection  
Education Source  
PsycARTICLES  
ScienceDirect  
SciELO  
Directory of Open Access Journals,  
Academic Search Complete,  
Medline,  
Social Sciences Citation Index,  
Complementary index,  
Academic OneFile  
Directory of Open Access Journals  
Supplemental Index  
SPORTDiscuss

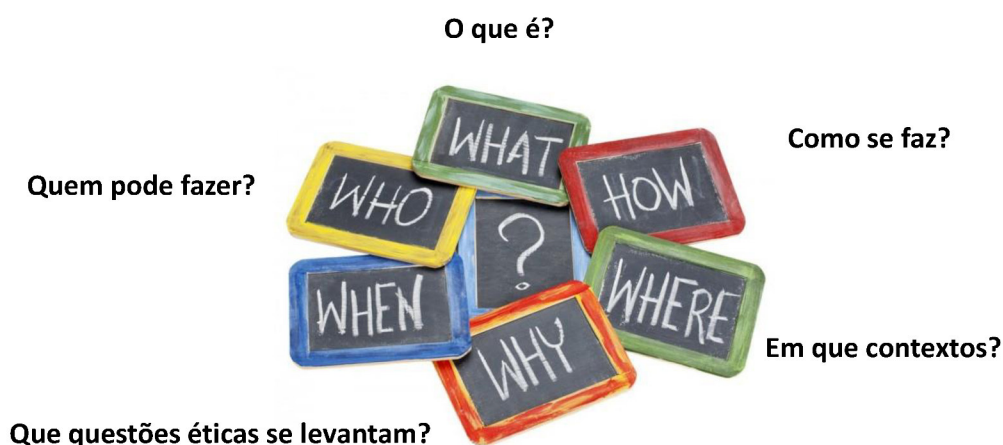


## Revisão da Literatura

### Resultados



## Terapia da Reminiscência em Cuidados Paliativos?



## A Reminiscência em Cuidados Paliativos

*Vol. 49 No. 4 April 2015*

*Journal of Pain and Symptom Management 747*

### *Review Article*

#### Therapeutic Life Review in Palliative Care: A Systematic Review of Quantitative Evaluations

Robyn M. Keall, RN, MS, PhD (C), Josephine M. Clayton, MBBS (Hons), FRACP, FACHPM, PhD, and Phyllis N. Butow, BA (Hons), M Clin Psych, MPH, PhD

*University of Sydney (R.M.K.), Camperdown; HammondCare Palliative and Supportive Care Service (R.M.K., J.M.C.), Greenwich; Sydney Medical School (J.M.C.) and Centre for Medical Psychology and Evidence-based Decision-Making (P.N.B.), University of Sydney, Camperdown, New South Wales, Australia*

---

## A Reminiscência em Cuidados Paliativos Resultados

### • **Objetivo:**

Apresentar uma revisão da literatura sobre a o efeito das intervenções de revisão de vida, nos domínio espiritual/existencial, de adultos acompanhados em cuidados paliativos (< 6 meses de vida).

### • **Publicações**

1993-2014 (21 anos)



<b>14 ARTIGOS</b> 10 intervenções distintas
--

## A Reminiscência em Cuidados Paliativos Resultados

### Resultados:

- Intervenções implementadas por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais, de forma autónoma ou em associação;
- Individual (8), em Grupo (1), com a díade pessoa doente-cuidador (1);
- 2 a 8 sessões;
- 15 min a 2h30;
- Consulta /Internamento/Domicílio.

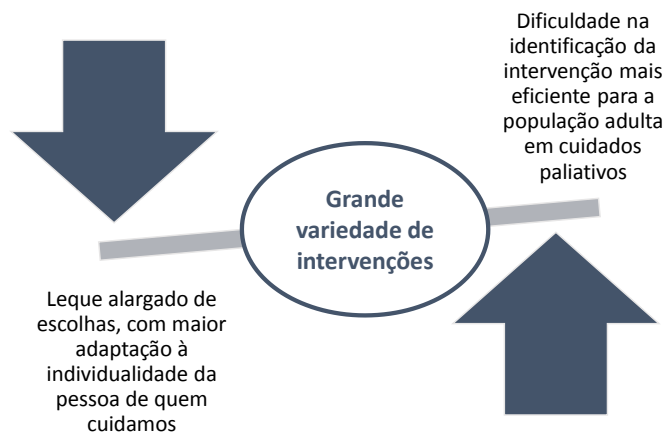
## A Reminiscência em Cuidados Paliativos Resultados

Em 11/14 artigos  
verificaram-se  
resultados positivos  
e estatisticamente  
significativos

- *Legacy Activities*
- *Life Review Intervention*
- *One week short term Life Review*
- *Meaning centered group psychotherapy*
- *Individual meaning centered psychotherapy*
- *Dignity therapy*
- *Forgiveness therapy*
- *Meaning making intervention*
- *The meaning of life intervention*
- *Outlook intervention*



## A Reminiscência em Cuidados Paliativos Resultados



## Conclusão

A terapia da reminiscência constitui uma intervenção terapêutica com valor para as pessoas com necessidade de cuidados paliativos.

Inclui um leque de intervenções vasto.

Pode ser realizada por diferentes profissionais da equipa multidisciplinar.

Traz benefícios importantes para a saúde mental das pessoas doentes e dos seus cuidadores.

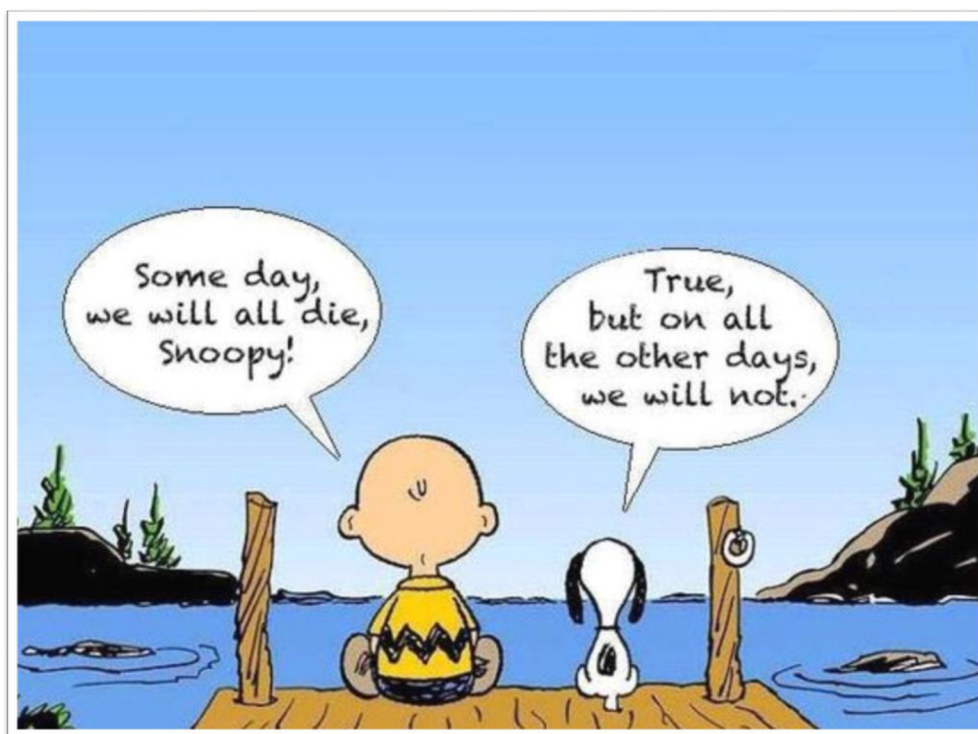


[https://blogwillis-zippykid.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2013/08/resilient-sprout-in-drought\\_645x400.jpg](https://blogwillis-zippykid.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2013/08/resilient-sprout-in-drought_645x400.jpg)



<http://www.thelancet.com/series/end-of-life>

## QUADRO 19



Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin/363313894918943880/>

## QUADRO 20

### Referências Bibliográficas

- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chiang, K.-J., Lu, R.-B., Chu, H., Chang, Y.-C., & Chou, K.-R. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, pp. 7-10.
- Hallford, D., Mellor, D., & Cummins, R. (2013). Adaptive autobiographical memory in younger and older adults: the indirect association of integrative and instrumental reminiscence with depressive symptoms. *Memory*, 21(4), pp. 444-457.
- Huang, H., Chen, Y., Chen, P., Hu, S., Liu, F., Kuo, Y., & Chiu, H. (2015). Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People With Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *JAMDA Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 16(12), pp. 1087-194.
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (Dezembro de 2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças.*, 15(3), pp. 597-611.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), p. 370.
- Meléndez-Moral, J., Ruiz, L., Rodríguez, T., & Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25(3), pp. 319-323.
- Meléndez-Moral, J., Terrero, F., Galán, A., & Rodríguez, T. (2015). Effect of reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), pp. 240-247

## Referências Bibliográficas

- Pishvaei, M., Moghanloo, R., & Moghanloo, V. (2015). The efficacy of treatment reminders of life with emphasis on integrative reminiscence on self-esteem and anxiety in widowed old men. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(1), pp. 19-24.
- Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, R., Alcañiz, M., . . . Botella, C. (November de 2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 16(8), pp. 964-974.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Soniya, G. (Abril de 2015). Reminiscence Therapy to Reduce Depression Among Elderly. *International Journal of Nursing Education*, 7(2), pp. 160-164.
- Wu, L.-F. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalized older veterans. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 2195-2203.
- Zhou, W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, H., & Zhang, C. (2012). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, pp. 440-447.



# **APÊNDICE 16**

**POSTER CIENTÍFICO APRESENTADO NO 11TH ICBG**



# DOES HUMOUR HELP?

A correlational study on nurses' sense of humour and professional grief.

Inês Nunes<sup>1</sup>, Helena José<sup>2</sup>, Manuel Luís Capelas<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MNSc, RN - Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisbon, Portugal

<sup>2</sup> PhD, MSc, RN - Muboorfi Health School, Luanda, Angola

<sup>3</sup> PhD, MSc, RN - Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Lisbon, Portugal

## INTRODUCTION

Death and other losses experienced by people with progressive and incurable illness have an impact on healthcare professionals<sup>1,5</sup>. End-of-life care can be an important stressor for nurses who work in palliative care<sup>6</sup>. Humour is an important resource for these professionals<sup>7,9</sup> although its relationship with grief is not yet clear.

## METHODS

The aim of this study was to explore the relationship between humour and professional grief in nurses who work in palliative care.

A questionnaire was given to a convenience sample of Portuguese nurses (n = 66). It consisted of:

- Demographical questions
- Multidimensional Sense of Humour Scale (Thorson & Powell, 1993; José & Parreira, 2008)<sup>7,9</sup>; Portuguese version - Cronbach's alpha of 0.81
- Professional Grief Overload Scale (Gama, et al., 2011)<sup>12</sup>; Portuguese version - Cronbach's alpha of 0.91

### Ethical considerations

This study was approved by the ethical committee of Universidade Católica Portuguesa. Express and informed consent was obtained from all participants. Data confidentiality and anonymity rights were ensured.

## RESULTS | Sample



53 female (80%)

13 male (20%)

- Age: Between 23 and 59 years old, Median 31 years
- 71% worked in inpatient care wards.
- Time of experience in palliative care: Median = 4 years.
- Specific education in palliative care: YES 82% / NO 18%

## RESULTS | Professional Grief Overload

Mean score 29.5 points (SD 8.9)

Median 29.0 points

Low level of professional grief overload

## RESULTS | Sense of Humour

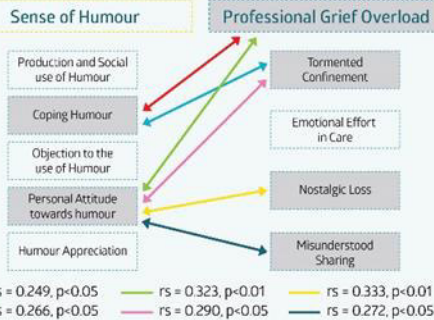
Mean score 83 points (SD = 13.4)

Median 83.5 points

Moderate to high level of sense of humour



## What is the relationship between sense of humour and professional grief overload?



## DISCUSSION

- Statistically significant correlations emerged exclusively between professional grief overload and two specific dimensions of sense of humour: personal attitude towards humour and coping humour.
  - Nurses who have a positive attitude towards humour experience a lower degree of professional grief overload.
  - Nurses who present a higher level of professional grief overload rely more on humour as a coping mechanism.
- The fact that using humor as coping strategy does not actually decrease the overload of professional grief suggests that the exclusive use of this emotion-focused mechanism is not enough, as it minimizes the emotional damages but does not address the problem itself.

## STUDY LIMITATIONS

Small (n = 66) convenience sample

Results cannot be generalized to all nurses who work in palliative care.

## CONCLUSION

Our findings confirm the hypothesis that humour and professional grief are not independent phenomena. Humour facilitates the emotional work of nurses caring for people at the end of life. Humour was also proven to be an adaptive mechanism used by nurses to address multiple sources of suffering and professional stress, although it seems to be insufficient as a coping mechanism.

## REFERENCES

1. Taylor, G.R., & Liberman, G.P. (2008). The relationship between professional grief and burnout in palliative care nurses. *Journal of Palliative Medicine*, 21(1), 100-105.
2. Wessely, S., & Murray, C. (2008). The impact of professional grief on the health of palliative care nurses. *Journal of Palliative Medicine*, 21(1), 106-110.
3. Wessely, S., & Murray, C. (2008). The impact of professional grief on the health of palliative care nurses. *Journal of Palliative Medicine*, 21(1), 106-110.
4. Dwyer, T., & Dwyer, T. (2008). The impact of professional grief on the health of palliative care nurses. *Journal of Palliative Medicine*, 21(1), 106-110.
5. Capelas, M., & Nunes, I. (2011). The impact of professional grief on the health of palliative care nurses. *Journal of Palliative Medicine*, 24(1), 106-110.
6. Capelas, M., & Nunes, I. (2011). The impact of professional grief on the health of palliative care nurses. *Journal of Palliative Medicine*, 24(1), 106-110.
7. Thorson, J., & Powell, R. (1993). The multidimensional sense of humor scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(1), 106-110.
8. José, H., & Parreira, J. (2008). The multidimensional sense of humor scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(1), 106-110.
9. Gama, J., & Capelas, M. (2011). The impact of professional grief on the health of palliative care nurses. *Journal of Palliative Medicine*, 24(1), 106-110.
10. Capelas, M., & Nunes, I. (2011). The impact of professional grief on the health of palliative care nurses. *Journal of Palliative Medicine*, 24(1), 106-110.
11. Capelas, M., & Nunes, I. (2011). The impact of professional grief on the health of palliative care nurses. *Journal of Palliative Medicine*, 24(1), 106-110.
12. Capelas, M., & Nunes, I. (2011). The impact of professional grief on the health of palliative care nurses. *Journal of Palliative Medicine*, 24(1), 106-110.





# **ANEXOS**



# **ANEXO 1**

## **ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**



# ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Versão adaptada e validada para a população portuguesa por

Pechorro, Marôco, Poiares e Vieira (2011)

1- De um modo geral estou satisfeito comigo próprio.

0 Discordo Totalmente	1 Discordo	2 Concordo	3 Concordo Totalmente
-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------

2- Por vezes penso que não presto.

0 Discordo Totalmente	1 Discordo	2 Concordo	3 Concordo Totalmente
-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------

3- Sinto que tenho algumas boas qualidades.

0 Discordo Totalmente	1 Discordo	2 Concordo	3 Concordo Totalmente
-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------

4- Sou capaz de fazer coisas tão bem como as outras pessoas.

0 Discordo Totalmente	1 Discordo	2 Concordo	3 Concordo Totalmente
-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------

5- Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio.

0 Discordo Totalmente	1 Discordo	2 Concordo	3 Concordo Totalmente
-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------

6- Por vezes sinto que sou um inútil.

0 Discordo Totalmente	1 Discordo	2 Concordo	3 Concordo Totalmente
-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------

7- Sinto que sou uma pessoa de valor.

0 Discordo Totalmente	1 Discordo	2 Concordo	3 Concordo Totalmente
-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------

8- Gostaria de ter mais respeito por mim próprio.

0 Discordo Totalmente	1 Discordo	2 Concordo	3 Concordo Totalmente
-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------

9- De um modo geral, sinto-me um fracassado.

0 Discordo Totalmente	1 Discordo	2 Concordo	3 Concordo Totalmente
-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------

10- Tenho uma boa opinião de mim próprio.

0 Discordo Totalmente	1 Discordo	2 Concordo	3 Concordo Totalmente
-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------

A Escala de Autoestima de Rosenberg deve ser cotada somando os valores atribuídos às dez questões, após se ter revertido os itens 2, 5, 6, 8 e 9.

A uma maior pontuação total corresponde um nível mais elevado de autoestima.

### **Referência:**

Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. (2011). Validação da escala de autoestima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25, pp. 174-179

# **ANEXO 2**

## **MÓDULO 2 - PLANO SEMANAL DE INTERVENÇÃO**





## PLANEAMENTO SEMANAL DE ACTIVIDADES

2ª FEIRA 3ª FEIRA 4ª FEIRA 5ª FEIRA 6ª FEIRA

Orientação

para

Realidade

Orientação

para a

Realidade

Orientação

para a

Realidade

Orientação

para a

Realidade

Orientação

para a

Realidade

10:30H-10:45H

10:45H-11:45H

11:45H-12:00H

12:00H-13:00H

Grupo Terapêutico

Resposta para alta

Adeção Terapêutica

Problemas vida saudável

Estimulação

cognitiva

Terminação

Auto-Estima

cominçada

Exercício físico

Tema livre:

· jogos terapêuticos

· Cinesioterapia

· Dança

· Teatro auto's

· Escala social

INTERVALO

Estimulação

cognitiva

Ateliê

(continuação)

Relaxamento

Tema livre

(continuação)

Reunião

comunitária

SEMANA:



# **ANEXO 3**

**CERTIFICADO DAS JORNADAS DE NEUROCIÊNCIAS**



Enfermagem  
em Neurociências,  
Otorrinolaringologia  
e Oftalmologia

|| CONVERGÊNCIA  
NA DIVERSIDADE ||

# Certificado

Certifica-se que,

INÊS ROBALO NUNES

participou como Palestrante no Evento **Enfermagem em Neurociências,  
Otorrinolaringologia e Oftalmologia do [REDACTED]**, sob o Tema  
"**Convergência na Diversidade**", que decorreu em 16 de Maio de 2017,  
na Aula Magna da FML.

P<sup>ra</sup> a Comissão Organizadora:

*Ana Paula Benito*  
Ana Paula Benito

*Palmira Carvalho*  
Palmira Carvalho



# **ANEXO 4**

**CERTIFICADO DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL  
DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**







# Certificado

A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL

(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)

[www.aspesm.org](http://www.aspesm.org)

Para os devidos efeitos, certifica-se que:

**Inês Nunes**

Esteve presente no **Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, que decorreu nos dias **12 e 13 de junho de 2017**, no **Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar**, Porto, Portugal.

Porto, 13 de junho de 2017

A Comissão Científica

O Presidente



# **ANEXO 5**

**CERTIFICADO DO WORKSHOP**

**“ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM NA ANSIEDADE E DEPRESSÃO”**



# Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

**Inês da Cunha Baetas Robalo Nunes**

frequentou o Workshop "Estratégias de Enfermagem na Ansiedade e Depressão" integrado no VIII Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental subordinado ao tema "A Saúde Mental e o Ciclo Vital", realizado nos dias 26 e 27 de Outubro de 2017, na Escola Superior de Saúde de Leiria, Portugal.

**Porto, 27 de Outubro de 2017**

Presidente do Congresso



P'la Comissão Científica



**A SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**  
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)  
[www.aspesm.org](http://www.aspesm.org)



# **ANEXO 6**

**CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO LIVRE  
SOBRE TERAPIA DA REMINISCÊNCIA**





# Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

**Inês Robalo Nunes**

apresentou a Comunicação Livre "A eficiência da terapia da reminiscência na promoção da autoestima" da autoria de Inês Robalo Nunes & Paulo Seabra, no VIII Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental subordinado ao tema "A Saúde Mental e o Ciclo Vital", no dia 26 de Outubro de 2017, na Escola Superior de Saúde de Leiria, Portugal.

**Porto, 27 de Outubro de 2017**

Presidente do Congresso

P'la Comissão Científica

*Paulo Soares*

*Isabel Nunes*



**A SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**  
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)  
[www.aspesm.org](http://www.aspesm.org)



# **ANEXO 7**

**CUIDADOS PALIATIVOS – POSTAL DE ANIVERSÁRIO**



[Redacted]  
A equipa da Unidade de Assistência Domiciliária  
do [Redacted], deseja-lhe

## *Feliz Aniversário!*

*A idade já não conta  
O que interessa é a companhia,  
A amizade inocente  
E uma imensa acalmia*

*Esta equipa, de gente quente,  
Que lhe traz apoio e alegria  
Deseja-lhe as mais  
sinceras felicidades*

*A si, Antónia Palma  
e sua família!*



| Dez 2010



# **ANEXO 8**

**CERTIFICADOS DOS CONGRESSO NA ÁREA DO LUTO**







## VI Congresso "O Luto em Portugal" I Congresso Luso-Brasileiro do Luto

Lisboa, 10 e 11 de Julho de 2017

### Certificado

Certifica-se que **Inês da Cunha Baetas Robalo Nunes** participou no **VI Congresso "O luto em Portugal"** e no **I Congresso Luso-Brasileiro do Luto** nos dias **10 e 11 de Julho de 2017** na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

*António Barbosa*  
Prof. Doutor António Barbosa

*Per'Comissão Organizadora*

Lisboa, 11 de Julho de 2017



# **ANEXO 9**

**CERTIFICADO DA PARTICIPAÇÃO NO 11TH ICBG  
COM POSTER CIENTÍFICO**





# CERTIFICATE

We hereby certify that **Inês Robalo Nunes, Helena José and Manuel Luís Capelas** presented the Poster ***Does humour help? A correlational study on nurses' sense of humour and professional grief,*** at the 11<sup>th</sup> International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society – a Common Language, held on July 12<sup>th</sup>-15<sup>th</sup>, at Lisbon Faculty of Medicine.

Lisbon, July 15<sup>th</sup> 2017

António Barbosa M.D. Ph.D.  
Chair of the 2017 Conference  
Organizing Committee

